TITRES

ET

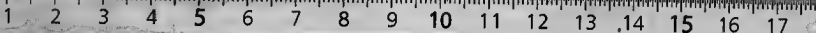
TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

HENRI GOUGEROT

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1928



TITRES ET FONCTIONS

TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en médecine, 1908.

Moniteur d'anatomie pathologique, 1908 (Pr Pierre Marie).

Chef de clinique adjoint, 1909 (Pr L. Landouzy).

Admissible au concours d'agrégation d'anatomie pathologique, 1910.

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris (Section de médecine générale. 1910, spécialisé en dermato-syphiligraphie, 1910).

Présenté en 2e ligne à la chaire des maladies cutanées et syphilitiques, 1918,

Chargé de cours de clinique annexe : dermato-syphiligraphie : Hôpital Broca, 1er janvier 1928.

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux de Paris, 1903 (en 1re année).

Interne des Hôpitaux de Paris, 1904 (1re année d'Externat).

Interne. Médaille d'or, 1908.

Chef du Laboratoire de photothérapie (Finsen) à l'Hôpital Saint-Louis, 1910-1914.

Médecin des Hôpitaux, 1921.

Assistance et remplacement de M. Le Dr L. Brocq, Hôpital Saint-Louis (1919-1921).

Chef de la consultation dermato-syphiligraphique du soir de l'hôpital Saint-Antoine depuis janvier 1922.

Médecin chef de service à l'Hôpital Broca, 25 décembre 1927.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET CONGRÈS

Membre de la Société française de dermatologie et syphiligraphie, 1909 et membre du comité de Direction, 1925,

Société de la Tuberculose (membre adjoint en 1911, titulaire en 1912).
Délégué de la France à la conférence internationale de la tuberculose, Rome, 1912.
Rapporteur au VII[e] congrès international de dermatologie, Rome, 1912; XVII[e] congrès international de médecine, Londres, 1913; secrétaire de la section française de Dermatologie et Syphiligraphie au congrès de Londres, 1913, etc.
Membre des Sociétés dermatologiques : argentine, 1913; brésilienne, 1917; espagnole, 1923; italienne, 1924; belge, 1926.
Membre correspondant de l'Académie de médecine de Rio de Janeiro, 1920.
Membre de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1921.
Membre de la Société de pathologie comparée, 1922.
Membre de la Société de médecine légale de France, mai 1923.
Membre « Socio » de la Sociedade Sciencias medicas de Lisboa, février 1926.

RÉCOMPENSES

Interne Médaille d'or de l'Assistance Publique, 1908.
Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, Prix Zembaco, 1908.

Faculté de Médecine :

- Médaille d'argent (Thèse), 1909.
- Prix Chateauvillard (Sporotrichoses), 1913.
- Prix Lacaze (Tuberculose), 1920.

Académie de Médecine :

- Prix Marie Chevallier, 1908 (Tuberculoses non folliculaires).
- Prix Adrien Buisson, 1910 (Traitement des Sporotrichoses).
- Prix Barbier, 1913 (Mycoses).
- Prix Roussilhe, 1914 (Dermatologie).
- Prix Godard, 1918 (Dermoépidermites microbiennes).
- Prix Ricord, 1919 (Livres de « Dermatologie » et Traitement de la Syphilis).

Institut : Académie des Sciences

- Prix Barbier, 1913 (Sporotrichoses).
- Prix Bellion, 1915 (Syphilis).
- Encouragement sur la Fondation Breant, 1917 (Dermoépidermites microbiennes).
- Mention Montyon, 1917 (prophylaxie antivénérienne).

PROPHYLAXIE ANTIVÉNÉRIENNE

Rapporteur au XVII[e] Congrès international de médecine Londres, 1913.

Membre de la Commission de prophylaxie antivénérienne du Ministère de l'Intérieur, 1917, et du Ministère de l'Hygiène, 1920.

Chargé par le Ministre de la Guerre et de l'Intérieur de la lutte antivénérienne dans la population civile et militaire de la 9[e] Région, 1917.

Membre des Commissions et Sous-Commissions d'étude et rapporteur au Sous-Secrétariat du Service de Santé, 1917-1919.

Membre de la Commission de Prophylaxie des Maladies vénériennes du Comité national de l'Éducation physique et sportive et de l'Hygiène sociale, 1918, et membre du Conseil d'Administration, février 1919.

Rapporteur français au Congrès interallié d'Hygiène sociale (avril 1919).

Membre du Conseil d'administration du Comité de propagande d'Hygiène sociale et d'Éducations prophylactique, juin 1920.

Membre de la Société française de Prophylaxie sanitaire et morale, 1918; et Secrétaire général, février 1920, — Vice-Président du Comité d'Éducation féminime.

Membre du Conseil d'administration de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, juin 1923, et secrétaire général, 1923.

Membre du Comité médical de l' « Entr'aide des femmes françaises », décembre 1919.

Membre du Comité de prophylaxie antivénérienne du Service social à l'hôpital.

Cours d'Hygiène sociale du Comité national : au musée pédagogique, 1919-1920, etc., et à l'École de Puériculture, 1921.

Cours d'Hygiène scolaire du P[r] Léon Bernard, janvier 1920.

Cours supérieur d'Hygiène du P[r] Léon Bernard, décembre 1921 etc., et Cours international d'Hygiène de la Société des Nations, janvier 1927.

Conférences militaires et populaires en province et à Paris, notamment à la Société des Amis de la Faculté, 1924-1925 et à la Société des amis de l'Université à la Sorbonne, 1926, etc.

ENSEIGNEMENT

Conférences cliniques aux stagiaires de la Faculté dans les services du Professeur agrégé E. Troisier à l'Hôpital Beaujon, 1904-1905; du Professeur F. Widal, à l'Hôpital Cochin, 1906-1907; du Professeur L. Landouzy, à l'Hôpital Laënnec, 1907-1910, du Professeur Gaucher, 1910 à 1914.

Conférences et travaux pratiques d'anatomie pathologique au Laboratoire de la Faculté du Professeur Pierre Marie, 1908-1909-1910.

Conférences et travaux pratiques de bactériologie clinique aux élèves de 3e année de la Faculté au laboratoire du Professeur Pierre Marie, 1909-1914.

Démonstrations et exercices pratiques de technique bactériologique : « Les méthodes de diagnostic bactériologique et biologique appliquées à la clinique ». Conférences et travaux pratiques, faits deux fois par an, aux internes des hôpitaux de Paris et aux médecins français et étrangers, mai-juin, 1909 à juin 1914, en collabaration avec Abrami.

Leçons d'anatomie médicale, et de physiologie pathologique à la Clinique Laënnec du Professeur Landouzy, 1908-1914.

Conférences de clinique médicale à la clinique Laënnec du Professeur L. Landouzy, 1900-1910.

Conférence dermato-syphiligraphique d'agrégé et de médecin des hôpitaux depuis 1910 à l'Hôpital Saint-Louis et à l'Hôpital Saint-Antoine (mardi, vendredi de 20 h. 30 à 22 h. 30 toute l'année).

Cours de perfectionnement de dermato-syphiligraphie de l'hôpital Saint-Louis des Prs Gaucher. 1910-1914, et Jeanselme, 1919-1928.

Cours des médecins de l'Hôpital Saint-Louis, mai-juin 1920, etc.

Cours des vacances à l'Hôpital Saint-Louis.

Leçons à l'Institut Pasteur (aux démonstrations du Professeur Marchoux), 1920.
au Cours supérieur d'anatomie pathologique du Professeur Roussy.
au Cours de perfectionnement du Professeur Couvelaire, 1921.
au Cours complémentaire du Professeur Balthazard sur les Accidents du travail 1922-1928.
au Cours d'hydrologie du Professeur Carnot, 1922.

TITRE ET FONCTIONS MILITAIRES PENDANT LA GUERRE 1914-1918

Parti au front médecin aide-major 2e classe, le 4e jour de la mobilisation à l'ambulance divisionnaire 8/21 (Alsace-Lorraine, Marne, Nord) et médecin major de 1re classe, avril 1919.

Chevalier de la Légion d'Honneur à titre militaire, 10 juillet 1918.

Croix de guerre. Citation à l'ordre du jour du 21e Corps d'armée, n° 20, 024 « D. ».

Blessure médicale nécessitant l'amputation d'une phalange, novembre 1915 : Insigne des blessés; 8375 P. of., 11 août 1918, 9936, 3/1 État Major.

Chef de centre dermato-vénériologique, mars 1916.

Chargé de mission, 1918-1919.

Lettres de félicitations de M. le Sous-Secrétaire d'État, 13537 1/7 du 11 mai 1917 (avec citation au *Bulletin Officiel* du Ministère de la Guerre. *BO.* n° 21, du 21 mai 1917 p. 1244) 32 338 c/7 du 17 juillet 1917, et 3770 B. 4/7 du 10 février 1920.

Médaille de vermeil du Ministère de la Guerre, par décision ministérielle du 30 décembre 1922 (*B* : *O* du 5 février 1923).

BIBLIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE DES TRAVAUX

1904

1. Rupture de l'aorte. *Soc. anat.*, 1er juillet 1904, p. 562.
2. Bradycardie paroxystique hystérique (avec M. H. Triboulet). *Tribune méd.*, 23 juillet 1904, n° 30, p. 471.

1905

3. A propos de quelques faits d'hémorragie intestinale chez des sujets âgés (avec M. H. Triboulet). *Journ. des pratic.*, 21 janvier 1905, n° 3, p. 35, et in *Thèse* de Rabutot, 1905.
4. Pouls lent (avec MM. Triboulet et Claret). *Soc. méd. hôp.*, 17 mars 1905.
5. Cancer du poumon. *Soc. anat.*, 7 avril 1905, p. 294.
6. Méningite cérébro-spinale post-traumatique. *Soc. anat.*, 7 avril 1905, p. 291.
7. Ectrodactylie. *Soc. anat.*, 7 avril 1905, p. 300.
8. Troubles régressifs du squelette (main). *Tribune méd.*, 10 juin 1905, n° 23, p. 358 (1 radiographie).
9. Imitation par une hystérique de l'hémiplégie organique et en particulier du signe de Babinski, extension du gros orteil. *Tribune méd.*, 15 juillet 1905, n° 28, p. 438, (1 graphique).
10. Tuberculo-cancer de l'amygdale et du voile du palais (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 13 juillet 1905, p. 198, in *Annales*, p. 624.
11. Porokératose papillomateuse palmaire et plantaire (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 13 juillet 1905, 203, in *Annales*, p. 629.
12. Forme médiastinale des tumeurs de l'œsophage. *Soc. anat.*, 21 juillet 1905, n° 7, p. 656.
13. Coloration de Prenant modifiée. *Soc. anat.*, 4 juillet 1905, n° 7, p. 670.
14. Contribution à l'étude des terrains tuberculisables. *Congr. intern. de la tuber.*, octobre 1905, I, p. 279.
15. Accidents post-vaccinaux chez des enfants de souche ichthyosique (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 9 novembre 1905, p. 244, in *Annales*, p. 870.
16. Psoriasis et ichthyose (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 9 novembre 1905, p. 247, in *Annales*, p. 873.
17. Un cas d'angiokératome de Mibelli (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 9 novembre 1905, p. 249, in *Annales*, p. 875.
18. Lichen plan palmaire. Deux observations : l'une à larges papules, l'autre à pointillé rouge (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 9 novembre 1905, p. 251, in *Annales*, p. 877.
19. ***Dermite faciale atropho-hypertrophique*** en aires à progression excentrique, d'origine indéterminée peut-être tuberculeuse (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 9 novembre 1905, p. 255, in *Annales*, p. 881.
20. Kératose pilaire exclusivement faciale. Histologie pathologique (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 7 décembre 1905, p. 286, in *Annales*, p. 951.
21. ***Évolution de la radiodermite chronique*** (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 7 décembre 1905, p. 289, in *Annales*, p. 954.
22. Chéloïdes secondaires à des cicatrices syphilitiques. Contribution à l'étude des cicatrices syphilitiques (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 7 décembre 1905, p. 298, in *Annales*, p. 963.

1906

23. Péritonites aiguës des brightiques. *Tribune méd.*, 27 janvier 1906, n° 4, p. 53.
24. Chéloïdes des muqueuses (chéloïdes sur lésions syphilitiques) (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 1er février 1906, p. 70, in *Annales*, p. 151.
25. Lymphadénome primitif ulcéré de la lèvre avec surinfection secondaire (avec M. DE BEURMANN), *Soc. dermat.*, 1er février 1906, p. 91, in *Annales*, p. 172.
26. Onychomycose (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 1er mars 1906, p. 157, in *Annales*, p. 277.
27. Lymphadénomes cutanés primitifs (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 1er mars 1906, p. 161, in *Annales*, p. 281.
28. ***Marche de l'infection lépreuse.*** Chancre lépreux, bacillémie hansenienne. *Tribune méd.*, 2 mars 1906 (3 figures).
29 et 30. Lèpre mixte. ***Étude des ulcérations des lépreux*** (avec MM. DE BEURMANN et ROUBINOVITCH). *Soc. dermat.*, 1er mars et 5 avril 1906, p. 252, in *Annales*, p. 398.
31. Autopsie de lèpre mixte. Lésions viscérales, foie, rate et testicules lépreux. ***La sclérose lépreuse*** (avec MM. DE BEURMANN et ROUBINOVITCH). *Soc. dermat.*, 1er mars et 5 avril 1906, p. 264, in *Annales*, p. 405.
32. et 33. Troubles mentaux dans la lèpre à propos d'un cas de ***psychose polynévritique chez un lépreux*** (avec MM. DE BEURMANN et ROUBINOVITCH). *Soc. neurologie*, 1er mars 1906, *Bull. méd.*, 17 et 21 mars 1906, nos 21 et 22, p. 239 et 254, 2 dessins histologiques. — *Lèpra*, mai et juillet 1906, vol. VI, fasc. 2 et 4, p. 107 et 231.
34. Syndrome rappelant le xeroderma pigmentosum au cours d'un épithélioma gastrique (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 5 avril 1906, p. 250, in *Annales*, p. 391.
35. Sarcome globocellulaire multiple hypodermique chez un enfant de 6 mois (type Perrin) (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 5 avril 1906, p. 251, in *Annales*, p. 392.
36. Notes sur les cirrhoses tuberculeuses du foie (contribution à l'étude des tuberculoses atypiques). *Tribune méd.*, 26 et 30 juin 1906, p. 356 et 373 (et in *Thèse* de ROUYÉ, juillet 1906 : de la scléro-tuberculose du foie).
37. ***Pleurésies puriformes aseptiques.*** Intégrité de polynucléaires de l'épanchement (avec M. le professeur WIDAL). *Soc. méd.*, 27 juillet 1906.
38. Tuberculose cutanée (revue générale). *Gaz. des hôp.*, 1906, n° 93, p. 1107, 16 et 18 août, n° 96, p. 1143, 25 août et les dernières venues des tuberculides. *Ibid.*, n° 98, p. 1167, 30 août.
39. Article : Leucoplasie (avec M. SÉE). In *Prat. méd.-chir.*, 1re édition, 1906, et 2e édition, 1910.
40. Articles : Tuberculoses cutanées. Lupus, lupus érythémateux. Tuberculides (avec M. SÉE). In *Prat. méd.-chir.*, 1re édition, 1906, et 2e édition, 1910.
41. Article : Teignes (avec M. SÉE). In *Prat. méd. chir.*, 1re édition, 1906, et 2e édition, 1910.
42. Note sur l'évolution des réactions cellulaires dans les épanchements sérofibrineux à propos d'un cas de pleurésie typhoïdique. *Arch. de méd. expér. et d'anat. path.*, septembre 1906, n° 5, p. 593.
43. Tuberculoses cutanées post-exanthématiques. Tuberculoses cutanées multiples disséminées post-morbilleuses. — Poussée lupique post-varioleuse. *Revue de méd.*, 10 septembre 1906 (1 figure), p. 724.
44. Obs. IV *in* Claude et Dobrovici. Mort à la suite d'injections d'huile grise. Sur une forme de stomatite grangreneuse. Bronchopneumonie à anaérobies. *Ann. des mal. vénér.*, n° 2, septembre 1906.
45. ***Lymphosarcoïde*** (variété nouvelle de sarcoïde). *Ann. de dermat. et de syphil.*, août-septembre 1906, p. 721 (2 planches hors texte).
46. Les ***sporotrichoses hypodermiques*** (avec M. DE BEURMANN). *Ann. dermat. et de syphil.*, 1er mémoire, octobre, novembre et décembre 1906, p. 837, 914, 993, 48 pages et 9 dessins.
47. A propos d'un cas de pouls lent « permanent » (avec M. TRIBOULET). *Arch. gén. de méd.*, 9 octobre 1906, n° 41, p. 2579.
48. ***Traitement des chéloïdes par la radiothérapie*** (avec MM. DE BEURMANN et NOIRE). *Soc. dermat.*, 8 novembre 1906, p. 414, in *Annales*, p. 936.

49. ***Évolution de la Radiodermite chronique*** (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 8 novembre 1906, p. 416, in *Annales*, p. 938.
50. Epithélioma pavimenteux lobulé sur radiodermite. Contribution à l'étude de la pathogénie des cancers (avec MM. DE BEURMANN et DOMINICI). *Gaz. hôp.*, 15 octobre 1906, n° 130, p. 1551.
51. ***Forme sensitive, douloureuse de la polynévrite lépreuse.*** Mode de début de la lèpre (avec M. DE BEURMANN). *Tribune méd.*, 15 décembre 1906, n° 48, p. 757.
52. Tuberculose hépatique. *Revue de la tuber.*, décembre 1906 et février 1907, p. 472 et p. 33.

1907

53. Sporotrichose, présentation de malade (avec M. DANLOS et DEROYE). *Soc. dermat.*, 3 janvier 1907, p. 19.
54. Sporotrichoses. Présentation de cultures, pièces humaines et expérimentales (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 3 janvier 1907, p. 22.
55. ***Sporotrichoses dermiques*** (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 3 janvier 1907, p. 26, et 8 avril 1907, p. 126.
56. Mycoses sous-cutanées ; nodules et abcès hypodermiques. *Tribune méd.*, n°s 4 et 5, 26 janvier et 2 février 1907.
57. Diagnostic de la syphilis et des sporotrichoses sous-cutanées et cutanées. *Ann. des malad. vénér.*, 1er mars 1907, p. 161 (4 dessins).
58. Note sur un nouveau cas de sporotrichose hypodermique, 4e cas, 1er exemple de forme tuberculoïde (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 7 mars 1907, p. 84.
59. Les sporotrichoses sous-cutanées (avec M. DE BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 22 mars 1907, p. 302.
60. Note sur la ***pathogénie de l'ulcère phagédénique des pays chauds*** (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 8 avril 1907, p. 127 (1 figure).
61. Sixième cas de sporotrichose sous-cutanée et cutanée (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 8 avril 1907, p. 126 (résumé); *Soc. méd. hôp.*, 12 avril 1907, p. 309, n° 12 (obs. complète), 1er exemple de « S. gommeuse ulcéreuse syphiloïde ecthymatiforme ».
62. Complément à notre quatrième observation de sporotrichose sous-cutanée (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 8 avril 1907, p. 126 (1er exemple de sporotrichose mammaire).
63. Sporotrichose : Lymphangite nouense sporotrichosique ascendante (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 2 mai 1907, p. 243.
64. Le pian et la syphilis, maladies spirillaires (avec M. DE BEURMANN). *Rev. de méd.*, n° 5, mai 1907, p. 401 ; et in *Cadacée*, n° 12, 15 juin 1907, p. 163.
65. Arthropathie vertébrale tabétique (avec M. LEJONNE). *Soc. neurol.*, juin 1907.
66. Gangrène symétrique des extrémités par artérite chronique oblitérante, transitoire ou permanente, d'étiologie inconnue (avec M. le professeur RAYMOND). *Soc. neurol.*, juin 1907, et *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, n° 1, p. 1, janvier, février 1908 (2 planches hors texte).
67. ***Sporotrichoses des muqueuses***, sporotrichosides muqueuses ulcéreuses et saprophytisme du Sporotrichum Beurmanni, sur les muqueuses (avec M. DE BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 7 juin 1907, p. 585 (1 dessin), 1er exemple de sporotrichoses muqueuses.
68. Associations morbides dans les sporotrichoses, 11e observation de sporotrichose (1er cas de *Sp. Gougeroti*) syphilis, tuberculose et sporotrichose (avec M. DE BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 7 juin 1907, p. 591.
69. Douzième observation de sporotrichose due au Sporotrichum Beurmanni. Chancre sporotrichosique frontal et sporotrichose lymphangitique centripète primitive et localisée (avec M. DE BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 7 juin 1907, p. 596 (3 figures) (malade n° 12, 1er exemple de chancre sporotrichosique et de sporotrichose verruqueuse, de lymphangite primitive faciale, d'épidermite acnéiforme, etc.).
70. Pleurésies puriformes aseptiques avec polynucléaires intacts chez les pneumoniques et les cardiaques. Bénignité du pronostic (en collaboration avec M. le professeur WIDAL). *Bull. Acad. méd.*, 9 juillet 1907.
71. Spirochètes pathogènes et saprophytes. Présentation et comparaison de préparations (avec M. DE BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 27 juillet 1907, n° 27, p. 943 (2 figures).

72. Treizième cas de sporotrichose. S. localisée au bras. Lymphangite gommeuse ascendante (avec M. DE BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 26 juillet 1907, n° 27, p. 950 (2 figures).
73. Sporotrichoses (avec M. DE BEURMANN). *La Presse méd.*, n° 61, p. 481, 31 juillet 1907 (4 figures).
74. ***Sporotrichoses tuberculoïdes*** (avec M. DE BEURMANN). *Ann. dermat. et syphiligrap.* (2e mémoire), août, septembre, octobre, novembre 1907, p. 497, 603, 655 (103 pages, 6 photographies, 19 dessins histologiques, 1 planche en couleur).
75. Hémorragie méningée, exophtalmie, rétrécissement de la fente palpébrale, myosis, éruption d'herpès (avec le professeur A. LEMIERRE). *Gaz. hôp.*, 1er octobre 1907, n° 112.
76. Note sur les sporotrichoses généralisées expérimentales (présentation de pièces) (avec MM. DE BEURMANN et VAUCHER). *Soc. méd. hôp.*, 11 octobre 1907, n° 28, p. 1 000.
77. Note sur l'histologie des follicules sporotrichosiques expérimentaux (avec M. DE BEURMANN et VAUCHER). *Soc. méd. hôp.*, n° 28, 11 octobre 1907, p. 1009.
79. Sporotrichose. Importance pratique et facilité de diagnostic de cette maladie (avec M. DE BEURMANN). *Cong. de méd.*, Paris 1907, octobre, p. 294, et *Journ. des Prat.*, 10 novembre 1907.
80. ***Étiologie et pathogénie de la sporotrichose*** (avec M. DE BEURMANN) (3e mémoire). *Cong. de méd.*, 14-16 octobre 1907, Paris, p. 296. In *Tribune méd.*, 2 Novembre 1907, p. 693, 3 figures.
81. Sporotrichoses expérimentales (avec MM. DE BEURMANN et VAUCHER). *Cong. de méd.*, 14-16 octobre 1907, p. 301.
82. Exposition de cultures, pièces humaines et expérimentales (avec M. DE BEURMANN). *Cong. de méd.*, octobre 1907, Paris.
83. Identification au *Sporotrichum Beurmanni* des parasites des observations de Brissaud et Rathery, de Nattan-Larrier et Loeper (avec M. DE BEURMANN). *Cong. de méd.*, octobre 1907, Paris, p. 319.
84. Saprophytisme du *Sporotrichum Beurmanni* dans le bucco-pharynx et dans le larynx (avec M. DE BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 25 octobre 1907, n° 30, p. 1069.
85. Gomme sporotrichosique du chat (avec MM. DE BEURMANN et VAUCHER). *Soc. méd. hôp.*, 25 octobre 1907, n° 30, p. 1071 (4 figures).
86. Ophtalmo-réaction tuberculeuse en dermatologie. Lupus tuberculeux et lupus érythémateux (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 7 novembre 1907, p. 433 (2 courbes température).
87. Cutiréaction tuberculeuse sur la peau saine et sur les lésions cutanées. Cutiréaction locale (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 7 novembre 1907, p. 433 (2 courbes température).
88. Étude critique des méthodes de démonstration de la tuberculose cutanée. Application aux faits anciens et aux faits nouveaux : Les nouvelles tuberculides, novembre 1907 (Travail couronné par la Société de dermatologie. Prix Zambaco).
89. Placard érythémato-squameux persistant depuis six semaines à la suite d'une cutiréaction tuberculinique (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 7 décembre 1907, p. 481.
90. Troubles sensitifs des lépromes. ***Lépromes non anesthésiques*** (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, 7 décembre 1907, p. 479.
91. Contribution à l'étude bactériologique de la lèpre. La léproline de Rost (avec M. DE BEURMANN). *Soc. dermat.*, n° 35, 6 décembre 1907, p. 1397 (3 courbes de température).
92. Traitement de la lèpre par la léproline (avec M. DE BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 6 décembre 1907, n° 35, p. 1411.
93 et 94. ***Reproduction expérimentale des tuberculides humaines.*** Tuberculoses cutanées atypiques non folliculaires (avec M. LAROCHE). *Soc. biol.*, 7 décembre 1907, LXIII, p. 637, et *Arch. de méd. exp.*, septembre 1908, n° 5, p. 581 (15 figures).
95. ***Insuffisance pluriglandulaire endocrinienne*** (avec M. le professeur CLAUDE). *Soc. biol.*, 28 décembre 1907.

1908

96. Bacillo-tuberculoses non folliculaires ou histologiquement atypiques. *Mémoire de médaille d'or* déposé à l'Assistance publique, janvier 1908.
97. Sporotrichosis : Ulcus primitivum sporotrichoticum (Sporotrichosis verrucosa) cum lymphangitide gummata nodosa. — Sporotrichosis gummata disseminata ulcerata (avec M. DE BEURMANN). *Iconographia dermatologica*, fasc. 3, 1988, p. 79-90. 1 planche en couleur hors texte et deux figures en noir.
98. Coloration du *Sporotrichum Beurmanni* dans les tissus (avec M. DE BEURMANN). *Soc. biol.*, 15 février 1908, p. 255.
99. ***Insuffisance pluriglandulaire endocrinienne Individualisation clinique*** (1er mémoire). Confirmation anatomique des faits cliniques. Observation anatomique et histologique (2e mémoire) (avec M. le professeur CLAUDE). *Journ. phys. et path. gén.*, n° 3, mai 1908, p. 469 et 505 (9 figures).
100. Sporotrichose du rat (avec MM. DE BEURMANN et VAUCHER). *Soc. méd. hôp.*, 22 mai 1908, p. 718, n° 18 (2 figures). — La ***sporotrichose expérimentale*** du rat. Étude histologique de quelques localisations. *Soc. méd. hôp.*, 29 mai 1908, *in* n° 20, p. 800 (7 figures) [4e mémoire].
101. Orchite sporotrichosique du rat (épreuve diagnostique) (avec MM. DE BEURMANN et VAUCHER). *Soc. méd. hôp.*, 29 mai, *in* n° 20, p. 837.
102. Sporotrichoses américaines. Diffusion du Sporotrichum Beurmanni (avec M. de BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 22 mai 1908.
103. ***Sporotrichose spontanée du chien.*** Gommes hypodermiques, péritonite granuleuse et gommes hépatiques (avec M. CARAVEN). *Presse méd.*, 27 mai 1908, n° 43, p. 337 (5 figures).
104. ***Sporotrichose osseuse*** du tibia (présentation de malade) (avec M. le Professeur SICARD et BITH). *Soc. méd. hôp.*, 5 juin 1908, n° 20, p. 877.
105. Lésions non folliculaires de la tuberculose. Pathogénie (avec M. le professeur LÉON BERNARD). *Soc. de la tuberc.*, 14 juin 1908; in *Bull. méd.*, 8 juillet.
106. Rôle de l'atténuation des bacilles dans le déterminisme des lésions non folliculaires de la tuberculose (avec M. le professeur LÉON BERNARD). *Soc. biol.*, 13 juin 1908.
107. Sporotrichose expérimentale généralisée du chien (présentation de pièces) avec MM. DE BEURMANN et VAUCHER). *Soc. méd. hôp.*, 3 juillet 1908, p. 9, n° 24 (2 figures).
108. Diagnostic rétrospectif de la sporotrichose par la sporoagglutination (avec MM. DE BEURMANN, RAMOND et VAUCHER). *Soc. méd. hôp.*, 10 juillet 1908, n° 25, p. 75.
109. Diagnostic rétrospectif de sporotrichose par la culture du sporotrichum resté saprophyte dans le bucco-pharynx (avec M. DE BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 10 juillet 1908, n° 25, p. 17.
110. Essai de cutiréaction. Agglutinine et précipitine sporotrichosiques (avec M. le professeur SICARD). *Soc. méd. hôp.*, 10 juillet 1908, n° 25, p. 76.
111. Inoculation accidentelle de Sporotrichum à un sporotrichosique convalescent soumis au traitement ioduré intensif : absence de pouvoir autoimmunisant du sérum, absence de pouvoir préventif de l'iodure (avec M. le Professeur SICARD). *Soc. méd. hôp.*, 10 juillet, n° 25, p. 77.
112. Sporotrichose expérimentale du lapin. Caverne pulmonaire. Gomme rénale. Sporotrichome hypertrophique du cæcum. Sporotrichose verruqueuse cutanée (avec MM. DE BEURMANN et VAUCHER). *Soc. méd. hôp.*, 10 juillet 1908, n° 25, p. 64 (1 figure).
113. Reproduction expérimentale de la typho-bacillose de Landouzy. *Rev. méd.*, n° 7, 10 juillet 1908, p. 653.
114. Névrite localisée avec troubles trophiques à la suite de coupure du pouce, névralgie ascendante (avec le professeur BRISSAUD). *Rev. neurol.*, n° 13, 15 juillet 1908.
115. ***Tuberculoses cutanées atypiques non folliculaires.***, *Rev. de la tuberc.*, 1908, août, n° 4, p. 345; octobre n° 5, p. 432; décembre n°6, p. 509 (2 figures).
116. Insuffisance hépatique terminale des tuberculeux. Ictères graves bacillaires. *Trib. méd.*, 1er août 1908, n° 31, p. 469.
117. Typho-bacillose de Landouzy. Diagnostic bactériologique pendant la période d'état,

Presse méd., n° 68, 22 août 1908, p. 537 (1 courbe température) et in *Thèse* de J. Grandchamp : La typho-bacillose de Landouzy. Étude clinique anatomique bactériologique et expérimentale.

118. Épididymite, Orchite, Vaginalite sporotrichosique. Contribution à l'étude des sporotrichoses internes (avec M. de Beurmann et Vaucher). *Ann. dermat.*, août-septembre 1908, p. 466 (4 figures).

119. Chéloïdes et tuberculose. Observations de chéloïde sur les cicatrices opératoires d'adénites tuberculeuses (avec M. Lamy). *Gaz. méd. hôp.*, n° 79, 1er septembre 1908, p. 1179.

120. Les syndromes d'insuffisance pluriglandulaire, leur place en nosographie (avec M. le professeur Claude). *Rev. méd.*, nos 10 et 11, octobre et novembre 1908, p. 861 et 950.

121. Chéloïde expérimentale (avec M. Laroche). *Soc. biol.* 24 octobre 1908, t. LXV, p. 342.

122 et 123. ***Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs*** au bacille de Koch. Lymphadénomes. Lymphosarcoïdes, sarcomes, fibromes, lipomes. Ostéomes bacillaires. — Cancer et tuberculose : contribution à l'étude pathogénique des tumeurs lymphoconjonctives. *Journ. phys. et pathol. gén.*, n° 5, novembre 1908, p. 1066 (1 planche en couleur). — Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs au bacille de Koch (présentation de coupes et pièces justificatives du mémoire précédent). *Soc. d'études scient. sur la Tuberc.*, 11 février 1909. Bulletins de la Société, n° 2 p. 25.

124. Tuberculoses histologiquement atypiques ou bacilloses non folliculaires du système nerveux, 1er mémoire : méningites. *L'Encéphale*, n° 11, novembre 1908.

125. Endocardites bacillaires infantiles. Endocardites secondaires. Endocardites primitives septicémiques non folliculaires (avec M. le professeur Landouzy), *Presse méd.*, 7 novembre 1908, n° 90, p. 713 (1 fig.).

126. Diagnostic rétrospectif de sporotrichose fait par la clinique, contrôlé par la sporoagglutination et la fixation, affirmé par la culture du Sporotrichum Beurmanni, resté saprophyte dans le bucco-pharynx (présentation du malade, avec MM. Brissaud et Gy). *Soc. méd. hôp.*, 20 novembre 1908, n° 35, p. 613 et in *Trib. méd.*, 5 décembre 1908, n° 49, p. 757.

127. ***Découverte du Sporotrichum Beurmanni dans la nature*** (présentation de pièces) (avec M. de Beurmann). *Soc. méd. hôp.*, 4 décembre 1908, n° 37, p. 733.

128. Insuffisance endocrinienne thyroïdo-testiculaire (avec MM. Brissaud et Gy) (présentation de malade). *Soc. neurol.*, 3 décembre 1908.

129. Note sur l'action de l'iodure de potassium dans la sporotrichose (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 3 décembre 1908, n° 9, p. 307.

130. ***Hérédo-sporotrichose expérimentale*** (avec MM. de Beurmann et Vaucher). *Soc. méd. hôp.*, 18 décembre 1908, p. 876, n° 39.

131. ***Bacillo-tuberculose non folliculaire.*** Étude historique, analytique, synthétique, clinique, anatomique et expérimentale des réactions non folliculaires des tissus au bacille de Koch. *Thèse*, Paris, 23 décembre 1908 (couronné par l'Académie de médecine : *Prix Marie Chevallier*, et par la Faculté de Paris, *Médaille d'argent*).

1909

132. Actions chimiques produites par le Sporotrichum Beurmanni (avec M. Blanchetière). *Soc. biol.*, 30 janvier 1909, *in* n° 5, p. 202.

133. Phlegmon ligneux cervico-scapulo-huméral gauche à staphylocoque doré (avec M. le Professeur Sicard et Gy) (Étude clinique, bactériologique et expérimentale). *Soc. méd. hôp.*, 5 février 1909, n° 5, p. 195.

134. ***Abcès froids cocciens*** (Recherches de contrôle des sporotrichoses), *in* travail précédent. *Soc. méd. hôp.*, 5 février 1909, n° 5, p. 195.

135. Péritonites chroniques cocciennes (Reproduction exp.) (*in* article 133), *Soc. méd. hôp.*, 5 février 1909, n° 5, p. 200, note 1.

136. ***Reproduction expérimentale des cirrhoses tuberculeuses*** du foie. Hépatites interstitielles seléreuses et parenchymateuses bacillaires. *Rev. méd.*, n° 2, 10 février 1909, p. 81 (6 figures).

137. Sporotrichose expérimentale du chat. Sporotrichoses cutanées du chat (avec MM. de

Beurmann et Vaucher). *Soc. biol.*, n°s 8 et 9. Séance du 20 février 1909, t. LXVI, p. 370.

138. ***Comparaison des sporotrichoses et des infections coccienne***s. Sporotrichoses aiguës et subaiguës disséminées. Sporotrichome à évolution phlegmasique (avec M. de Beurmann). *Ann. dermat. et syph.*, février 1909, n° 2, p. 81 (5e mémoire) (3 figures).

139. Tuberculoses atypiques du système nerveux (2e mémoire). Encéphalite aiguë bacillaire non folliculaire infiltrée dégénérative et nécrosante. *Encéphale*, n° 3, mars 1909. p. 236 (2 planches).

140. Mycose nouvelle : l'***Hémisporose***, ostéite humaine primitive du tibia due à l'*Hémispora stellata* (Note préliminaire) (avec M. Caraven). *Soc. biol.*, 20 mars 1909, n° 11, p. 474, et Hémisporose humaine, nouvelle mycose (Etude complète). *Rev. chir.*, 10 décembre 1909, p. 896 et 10 janvier 1910, p. 66 (15 figures); et *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1910.

141. Sporotrichoses expérimentales. Sporotrichoses torpides chroniques. Sporotrichoses curables (avec MM. de Beurmann et Vaucher). *Soc. biol.*, 3 avril 1909, t. LXVI, p. 597, n° 14.

142. ***Sporotrichose osseuse et ostéo-articulaire*** (avec MM. de Beurmann et Vaucher). *Rev. chir.*, n° 4, 10 avril 1909, p. 661 (9 figures).

143. Formes cliniques de la Sporotrichose de De Beurmann. *Gaz. hôp.*, 17 et 24 avril 1909, n°s 44 et 47, p. 537 et 581.

144. ***Pseudo-tuberculose par corps étrangers***, inoculations de poudre de poivre (avec M. Vaucher). *Journ. méd. interne*, 30 avril 1909, n° 12, p. 117 (2 figures).

145. Sporotrichose faciale, dermique et ganglionnaire (gommes dermiques, acnéiformes, lymphangite noueuse; adénites préauriculaire et angulo-maxillaire sporotrichosiques (avec MM. de Beurmann et Laroche). *Soc. méd. hôp.*, 30 avril 1909, n° 15, p. 782.

146. Sporotrichose et tuberculose associées (avec MM. de Beurmann et Vaucher). *Soc. méd. hôp.*, 30 avril 1909, n° 15, p. 788.

147. Diagnostic bactériologique de la Sporotrichose de de Beurmann. *Lavori e Riviste di Chimica e Microscopia clinica*, vol. I, fasc. 9, 1909 (3 planches).

148. ***Pathogénie des tuberculides cutanées non folliculaires*** éclairée par l'expérimentation (avec M. G. Laroche). *Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, n° 3, mai 1909, p. 324.

149. Sporotrichose d'origine alimentaire. Porte d'entrée bucco-pharyngienne et gastro-intestinale du *Sporotrichum Beurmanni* (avec MM. de Beurmann et Vaucher). *Soc. méd. hôp.*, 14 mai 1909, n° 17, p. 909.

150. Une nouvelle mycose : l'hémisporose; un cas d'hémisporose de la verge (avec MM. de Beurmann et Clair). *Soc. méd. hôp.*, 14 mai 1909, n° 17, p. 917.

151. Sporotrichose de de Beurmann. Ostéite sporotrichosique hypertrophiante primitive du tibia compliquée de lymphangite gommeuse, ulcéreuse ascendante et d'adénites inguinales sporotrichosiques (avec le professeur Pierre Marie) (présentation de pièces). *Soc. méd. hôp.*, 30 mai 1909, n° 19, p. 994 (2 figures).

152. Sporotrichose cachectique mortelle. Sporotrichoses polymorphes à gommes souscutanées et grands abcès disséminés à localisations ostéo-articulaires, épididymaire et oculaire : conjonctivite, hypopyon, staphylome, perforation de la cornée, issue du corps vitré et perte de l'œil (observations de MM. Lagoutte et Brian) (avec M. de Beurmann). *Soc. méd. hôp.*, 28 mai 1909, n° 19, p. 1046.

153. Ostéomyélite gommeuse sporotrichosique primitive. Abcès intra-osseux du tibia (avec MM. de Beurmann et Verne). *Soc. méd. hôp.*, 4 juin 1909, n° 20, p. 1123.

154. Les ***Exascoses*** Endomycoses et parendomycoses (muguet). Saccharomycoses (mycose de Busse-Buschke et parasaccharomycoses. Zymonématoses (mycose de Gilchrist) (avec M. de Beurmann). Division et démembrement de l'ancien groupe des blastomycoses. *Soc. méd. hôp.*, juillet, n°s 26 et 27 du 15 et 23 juillet, p. 222 et 250; *Tribune méd.*, 7 et 14 août 1909.

155. Intradermoréaction sporotrichosinique (avec M. de Beurmann). *Soc. méd. hôp.*, 9 juillet 1909, n° 25, p. 141. — Intradermoréaction sporotrichosinique. Présentation de moulages. *Soc. méd. hôp.*, 16 juillet, n° 26, p. 171.

156. Réactions sporotrichosiniques. L'intradermoréaction sporotrichosinique (avec

MM. de Beurmann et Verdun). *Congrès Assoc. pour l'avanc. des Sciences*, Lille, août 1909, et in *Thèse* de Chopin, Paris, 1910.

157. Sur la composition chimique du Sporotrichum Beurmanni, ses endotoxines (avec M. A. Blanchetière). *Soc. biol.*, 17 juillet 1909, t. LXVII, p. 159.

158. Endotoxines sporotrichosiques. Action pathogène des corps microbiens tués et des corps résiduels (avec M. A. Blanchetière). *Soc. biol.*, 24 juillet 1909, n° 27, p. 247.

159. Endotoxines sporotrichosiques : sporo-éthérines et sporo-chloroformines (avec M. A. Blanchetière). *Soc. biol*, 31 juillet 1909, n° 28, p. 330.

160. L'état de la « sensibilisation » des sporotrichosiques (avec M. de Beurmann). *Congr. de Lille*, août 1909, et *Soc. méd. hôp.*, 8 octobre 1909, n° 29, p. 397.

161. Fréquence de la sporotrichose de de Beurmann. Facilité de son diagnostic. Son importance pronostique et thérapeutique (avec M. de Beurmann et Vaucher). *Congr. intern. de méd. de Budapest*, 29 août, 4 septembre 1909.

162. Porte d'entrée de la lèpre. Le chancre lépreux (avec M. de Beurmann). *Congr. de Bergen*, août 1909.

163. Bacillémie lépreuse (avec MM. de Beurmann, Vaucher et Laroche), *Congr. de Bergen*, août 1909.

164. Marche de l'infection lépreuse (avec M. de Beurmann). *Congr. de Bergen*, août 1909.

165. Lépromes non anesthésiques (avec M. de Beurmann, et Guy Laroche). *Congr. de Bergen*, août 1909.

166. ***Paralysies radiales lépreuses*** (avec M. de Beurmann). *Congr. de Bergen*, août 1909. et in *Iconogr. de la Salpêtr.*, janvier 1910, n° 1 (1 planche).

167. Les troubles mentaux dans la lèpre. Les troubles psychiques des lépreux (avec M. de Beurmann). *Congr. de Bergen*, août 1909, et in *Iconogr. de la Salpêtr.*, 1910.

168. Les cirrhoses lépreuse du foie (avec M. de Beurmann et Guy Laroche). *Congr. de Bergen*, août 1909.

169. Le ***léprolino-diagnostic*** (avec M. de Beurmann). *Congr. de Bergen*, août 1909.

170. Traitement de la lèpre par la léproline de Rost (avec M. de Beurmann). *Congr. de Bergen*, août 1909.

171. Le 100ᵉ cas de sporotrichose. Observations nouvelles de sporotrichose en France et à l'étranger. La sporotrichose à Nancy, Lyon, Nice, Le Creusot, Marseille, au Brésil, en Argentine, en Urugay, à Bâle, Berne, Bruxelles, Genève (avec M. de Beurmann). *Soc. méd. hôp.*, 8 octobre 1909, n° 29, p. 410.

172. Distribution géographique de la sporotrichose (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 4 novembre 1909, n° 8, p. 357.

173. Observation de MM. Maurice Lagoutte et Brian, du Creusot : Sporotrichose lymphangitique gommeuse ascendante du bras et gomme isolée de la cuisse (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 4 novembre 1909, n° 8, p. 364.

174. Observation de MM. Rouslacroix et Wyse-Lauzun, de Marseille : Sporotrichose gommeuse disséminée, ulcéreuse, synovite sporotrichosique du poignet et sporotrichose mammaire (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 4 novembre 1909, n° 8, p. 363.

175. Observation de M. Bruno Bloch, de Bâle : Sporotrichose aiguë, fébrile, gommeuse disséminée, ostéite de la clavicule et du sternum. Diazo-réaction d'Ehrlich positive. Cutiréaction sporotrichosique positive (avec M. de Beurmann). *Soc. dermat.*, 4 novembre 1909, n° 8, p. 367 (1 figure).

176. Intradermo-réactions sporotrichosiniques positives chez des malades porteurs de lésions cutanées non sporotrichosiques (avec MM. de Beurmann, Ravaut et Verdun). *Soc méd. hôp.*, 18 novembre 1909, n° 34, p. 541.

177. De l'utilité de reconnaître à leur ombre les parasites dépourvus d'électivité colorante. *Soc. biol.*, 27 nov. 1909, t. LXVII, p. 578.

178. ***Suppurations coccienne nodulaires à type papulo-nécrotique***. *Soc. biol.*, 4 décembre 1909, t. LXVII, p. 651.

1910 → 179. Les mycoses, p. 371; les infections mycosiques, p. 373; sporotrichoses, p. 383 (avec M. de Beurmann). In *Traité de Brouardel et Gilbert*, fasc. 4, nouvelle édition, 1910.

180. Liquéfaction des milieux à la gélatine par les champignons pathogènes. *Journ. de méd. intern.*, 20 février 1910, n° 5, p. 42.

181. Traitement de la sporotrichose. Étude clinique et expérimentale. Essais de sérothérapie et de vaccination (avec M. DE BEURMANN). Mémoire déposé à l'Académie de médecine le 22 février 1910.
182. Actinomycose profonde abdominale à fistules cutanées multiples disséminées. Sérodiagnostic mycosique positif (avec M. COYON). *Soc. méd. hôp.*, 25 février 1910.
183. Contribution à l'étude de la fixation des toxines tuberculeuses sur le tissu nerveux à propos d'un cas de ***paralysie** de **Landry de nature bacillaire*** (avec M. JEAN TROISIER. *Société médic. hôpit.*, 18 mars 1910).
184. Anémie et ictères hémolytiques tuberculeux (avec le professeur LANDOUZY et H. SALIN). *Presse médicale*, 2 octobre 1910, p. 761, et *Académie de Médecine*, 11 octobre 1910.
185. ***Arthrites*** séreuses ***bacillaires expérimentales*** (avec le professeur LANDOUZY et H. SALIN); *Académie des Sciences*, 17 octobre 1910 et *Revue de médecine*, novembre 1910, n° II, p. 857 et *Presse médicale*, n° 36, 1er mai 1912.
186. ***Sporotrichose à grands abcès froids multiples*** (avec DE BEURMANN, BITH et HEUYER). *Soc. méd. hôp.*, 21 octobre 1910, n° 26, p. 214.
187. Les nouvelles mycoses (avec DE BEURMANN). *Collection Léauté.*
188. Ictère hémolytique acquis général et purpura avec ictère hémolytique local au cours d'une infection indéterminée (avec H. SALIN). *Soc. dermat.*, 3 novembre 1910, n° 8, p. 214 et *Archives des maladies du cœur*, n° 12, décembre 1910 (10 pages).
189. Purpura localisé de l'avant-bras à topographie nerveuse, provoqué par une constriction des nerfs au niveau du coude chez un tuberculeux: diathèse purpurique révélée par une cause traumatique occasionnelle (avec H. SALIN). *Soc. dermat.*, 3 novembre 1910, n° 8, p. 213 et *Archives des maladies du cœur*, février 1911, 2 figures.
190. Zona à localisations multiples et ***immunisation zonateuse*** (avec H. SALIN). *Gazette des hôpitaux*, 17 novembre 1910, n° 131 et *Soc. dermat.*, 5 janvier 1911, n° 1, p. 19.
191. ***Oïdiomycose*** (ou mycodermose) hypodermique ulcéreuse disséminée. ***Mycose nouvelle*** due à un parasite nouveau l'*Oïdium* ou *Mycoderma cutaneum*, ancien groupe des blastomycoses (avec DE BEURMANN et VAUCHER). *Revue de méd.*, 10 décembre 1910, n° 12, p. 937, 10 planches.
192 à 201. Articles : Mycoses (192). — Exascoses ou Blastomycoses (193). — Caratés (194). — Hémisporose (195). — Mucormycoses (196). — Oïdiomycoses (197). — Osporoses (198). — Piedra ou Trichospories (199). — Tokelau (200). — Sporoagglutination (201). — In *Pratique méd. chirurg.*, 2e édition, 1910.
202. Article : Syndromes pluriglandulaires. In *Prat. méd. chirurg.*, 2e édition, 1910.
203 à 206. Articles : Notions d'histologie pathologique. — Atrophie proliférative et métaplasie (203). — Follicules tuberculoïdes; cellule géante, cellule épithélioïde (204). — Macrophage (205). — Plasmazelle (206). — In *Prat. méd. chirurg.*, 2e édition, 1910.
207. ***Dermatite végétante et ulcéreuse*** due à un champignon filamenteux constaté dans le pus et isolé « par la culture », le *Mycoderma pulmoneum* (avec BALZER et BURNIER), ***mycose nouvelle***, *Soc. dermat.*, 1er décembre 1910, n° 9, p. 342 (3 fig.) et *Annales de dermatologie*, 1912, août-septembre.
208. Comparaison du *Sporotrichum Jeanselmei* et des Sporotrichum voisins (avec DE BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 23 décembre 1910.
209. Sporotrichoses nord-américaines (avec DE BEURMANN). *Soc. méd. hôp.*, 3 décembre 1910, n° 35, p. 798.

1911

210. Purpura et polynévrite (avec GAUCHER et DUBOSC). *Soc. dermat.*, 5 janvier 1911, n° 1, p. 17.
211. La sporotrichose, etc. (avec DE BEURMANN). *Libro d'Oro per le onoranze* al professeur D. BARDUZZI.
212. Dermatite professionnelle ulcéreuse et végétante par l'acide sulfurique (avec GAUCHER). *Soc. dermat.*, 5 janvier 1911, n° 1, p. 20 (2 figures).
213. Accidents dus à l'arsénobenzol. Embolie pulmonaire, Thromboses veineuses. Tuméfaction douloureuse persistant au point d'infection : « boules de 606 » (avec GAUCHER et GUGGENHEIM). *Soc. dermat.*, 2 février 1911, p. 50, n° 2.
214. Tuberculoses cutanées multiples : tuberculoses papulonécrotiques, angiomateuses,

lichénoïdes (forme sèche de lichen scrofulosorum) verruqueuses : Formes de transition (avec Gaucher et Guggenheim). *Soc. dermat.*, 2 mars 1911, n° 3, p. 98.

215. Apparition d'accidents « tertiaires » quatre mois après le début du chancre syphilitique (avec Gaucher et Guggenheim). *Soc. dermat.*, 2 mars 1911, n° 3, p. 101.

216. Erythème polymorphe et purpura d'origine tuberculeuse (avec Gaucher et Guggenheim). *Soc. dermat.*, 2 mars 1911, n° 3, p. 102.

217. Radiodermite et radionévrite chroniques professionnelles persistant depuis plus de dix ans. *Soc. dermat.*, 2 mars 1911, n° 3, p. 105.

218. Syphilis et Sporotrichose. Sporotrichose syphiloïde gommeuse hypodermique musculaire osseuse. Fracture spontanée du radius (avec Dubosc). *Annales des maladies vénériennes*, n° 4, avril 1911, p. 241.

219. Pyodermite impétigineuse verruqueuse (avec Gaucher et Dubosc). *Soc. dermat.*, 24 avril 1911, n° 4, p. 139.

220. Syphilides « noires » (hyperpigmentées) papuleuses généralisées (avec Gaucher et Guggenheim). *Soc. dermat.*, 24 avril 1911, n° 4, p. 146.

221. Psoriasis ancien : dermatite exfoliatrice généralisée, secondaire guérie. Récidive de psoriasis nummulaire (avec Gaucher et Guggenheim). *Soc. dermat.*, 24 avril 1911, n° 4, p. 144.

222. Syphilis acquise contractée par des sujets ayant présenté des accidents d'hérédo-syphilis tertiaire (avec Gaucher et Guggenheim). *Soc. dermat.*, 24 avril 1911, n° 4, p. 149.

223. La question des ***Blastomycoses*** (Revue générale). *Paris Médical*, n° 20 du 15 avril 1911, p. 459, 6 planches.

224. Le ***follicule tuberculeux***, sa signification, *Soc. tuber.*, mai 1911, n° 3, p. 90. *VIIe Congrès international contre la tuberculose.* Rome, avril 1912 et *Journal de Méd. int.*, 30 avril 1912.

225. Syphilis et maladie d'Addison à propos d'une observation nouvelle d'Addison améliorée par le traitement antisyphilitique (avec Gaucher). *Annales des maladies vénériennes*, mai 1911, n° 5, p. 321.

226. Tubercules disséminés de l'écorce cérébrale : *syndrome abasique* (avec Jean Troisier). *Revue de la Tuberculose*, 1911, n° 2, p. 82, 4 pages.

227. Fréquence croissante des mycoses. Une nouvelle mycose : l'Acrémoniose de Potron et Noisette. *Soc. dermat.*, 4 mai 1911, n° 5, p. 168 et *Paris médical*, 30 décembre 1911, n° 5, p. 101, 7 figures.

228. Hérédosyphilis : ulcération destructive de la paupière supérieure droite (avec Gaucher et Dubosc). *Soc. dermat.*, 4 mai 1911, n° 5, p. 176.

229. Association de cancers cutanés multiples (épithélioma pavimenteux) et de cancer épiploïque (avec Gaucher et G. Levy Franckel). *Soc. dermat.*, 4 mai 1911, n° 5, p. 177.

230. Cicatrices chéloïdiennes consécutives à des engelures ulcérées chez une scrofulo-lymphatique (avec G. Levy-Franckel). *Soc. dermat.*, 4 mai 1911, n° 5, p. 178.

231. Traitement des mycoses et des sporotrichoses en général et dans les cas difficiles. Malades partiellement intolérants à l'iodure. Malades totalement intolérants. Lésions locales rebelles. *Journal des Praticiens*, n°s 19 et 23, 13 mai et 10 juin 1911, p. 289 et 353, et *Memento thérapeutique*, t. XV, p. 102 et 111.

232. Délire passager à la suite d'une injection intra-veineuse de 606 (avec Gaucher et Thibaut). *Soc. dermat.*, 1er juin 1911, n° 6, p. 231.

233. Gommes ulcérées de la langue et de la lèvre supérieure de nature sans doute tuberculeuse (avec Gaucher et Croissant). *Soc. dermat.*, 1er juin 1911, n° 6, p. 230.

234. ***Syndromes pluriglandulaires***, une ***variété nouvelle*** : syndrome de Miekulicz avec hypoovarie, hypothyroïdie, hypoépinéphrie. *Paris médical*, 24 juin 1911, n° 30, p. 77.

235. Actinomycose faciale cutanée primitive (avec Gaucher et G. Levy-Franckel). *Soc. dermat.*, 1er juin 1911, n° 6, p. 230.

236. Réaction de Wassermann-Neisser-Brück. Les services qu'elle peut rendre en pratique : 1° pour le diagnostic, 2° le pronostic, 3° le traitement de la syphilis. Revue documentaire. *Journal médical français*, 15 octobre 1911, n° 10, p. 419, et ce que doit être une réaction de W. bien faite. *La Médecine*, novembre 1919, n° 2, p. 104.

237. La mort dans la sporotrichose (avec de Beurmann). *Congrès de Médecine de Lyon*, octobre 1911, p. 444.

238. Les ***Polymycoses*** : Les *cosensibilisations mycosiques*. Congrès de Médecine de Lyon, octobre 1911 ; *Progrès médical*, 25 novembre 1911, n° 47, p. 569.
239. Une nouvelle mycose : la Cladiose de Bruno-Bloch. Présentation de photo, de cultures de pièces. *Soc. dermat.*, 9 novembre 1911, n° 8, p. 391, et *Paris Médical*, 1911, 24 août 1912, n° 39, p. 293 (5 figures).
240. L'état actuel de la question des Sporotrichoses (avec DE BEURMANN). *Bœck'sche Festschrift*, 1911, in *Arch f. Dermatologie und Syphilis* Bd CX, 2 Heft., p. 25.
241. Thérapeutique antisyphilitique et Réaction de Wassermann (avec PARENT). *Annales des maladies vénériennes*, novembre 1911, n° 11, p. 829, décembre 1911, n° 12, p. 891; février 1912, n° 2, p. 81; avril 1912, n° 4, p. 241.
242. Nœvus à configuration de couperose (avec GAUCHER et THIBAUT). *Soc. dermat.*, 9 novembre 1911, n° 8, p. 364.
243. Syphilis papulo-squameuses, simulant un lupus érythémateux (avec GAUCHER et CROISSANT). *Soc. dermat.*, 9 novembre 1911, n° 8, p. 365.
244. Insuffisance pluriglandulaire interne : thyro-testiculo-surrénale (avec M. GY). *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 5. novembre-décembre 1911.
245. Ostéopériostite cervicale. Mal de Pott syphilitique sous-occipital. Hémiplégie droite guérie (avec GAUCHER et THIBAUT). *Annales des maladies vénériennes*, n° 12, décembre 1911, p. 937.
246. Syphilis mutilante et térébrante du nez et des fosses nasales, un an après le chancre (avec GAUCHER et BRICOUT). *Soc. dermat.*, 7 décembre 1911, n° 9, p. 423.
247. Érythème circiné centrifuge mobile chez un tuberculeux non syphilitique. Tuberculide érythémateuse? (avec COYON.) *Soc. Dermat.*, 7 décembre 1911, n° 9, p. 424.
248. Tuberculoses cutanées : lupus pernio des mains, du nez, des oreilles et lupus érythémateux fixe, squameux des mains, du nez et du cou. Tuberculides papulo-nécrotiques du bras (avec COYON). *Soc. dermat.*, 7 décembre 1911, n° 9, p. 425.
249. Classification botanique des Sporotrichum pathogènes (avec DE BEURMANN). *Archives de Parasitologie*, 1911, t. XV, p. 5-509, pl. IV, 10ᵉ Mémoire.

1912

250. Les ***Sporotrichoses*** (Traité complet) (avec DE BEURMANN). Félix Alcan, éditeurs, Paris, 1912, 825 p., 181 fig. et 8 planches.
251. Sporotrichosis. Die pathogenen Sporotrichen... (Tableaux parasitologiques comparatifs). *Handbuch der pathogenen microorganismen Von Kolle und Wassermann* (2ᵉ éd.,) 1912. Bd p. 241 à 266, 30 fig. 2 tableaux.
252. Thrombose à distance « consécutive » à une injection intraveineuse d'arsénobenzol. (avec GAUCHER) *Soc. dermat.*, 4 janvier 1912, n° 1, p. 45.
253. Chancres mous. Lupus érythémateux. Éléphantiasis nostras d'origine tuberculeuse. *Journal de méd. et de clinique pratiques*. art. 23482, 10 janvier 1912, 1ᵉʳ cahier, p. 17.
254. ***Étiologie et Pathogénie des Tuberculides cutanées. Les tuberculides expérimentales.*** — I Démonstration de la nature bacillaire des « tuberculides » cutanées par la reproduction expérimentale des lésions sur la peau épilée du cobaye au moyen de simples frottis de cultures pures de bacilles de Koch. — II Pathogénie des tuberculides cutanées, éclairée par l'expérimentation : Hypothèses pathogéniques anciennes et nouvelles (avec GUY LAROCHE) *Gazette des Hôpitaux* 27 janvier et 3 février 1912, nᵒˢ 11 et 14, p. 141 et 185, et Pathogénie des tuberculides cutanées, nouvelles hypothèses. *Soc. de la tub.*, 21 mars 1912, n° 4, p. 39.
255. Lupus pernio des mains et des avant-bras, lupus érythémateux vésiculo-pustuleux de la face. Roséole non syphilitique du cou et du tronc (avec GAUCHER et SALIN). *Soc. dermat.*, 1ᵉʳ février 1912, n° 2, p. 58.
256. Une soi-disant ulcération muqueuse hystérique. Brûlure de la muqueuse par les aliments, passant inaperçue grâce à l'anesthésie du voile du palais (avec Pietkiewicz et Detape) *Soc. dermat.*, 1ᵉʳ février 1912, n° 2, p. 64.
257. Nouveau cas de ***dermite atropho-hypertrophique bacillaire***. Cas de transition; Présence de grains lupiques au milieu de certains placards atrophiques. *Soc. dermat.* 1ᵉʳ février 1912, n° 2, p. 66, moulage n° 2666.

258. Gommes sous-cutanées et osseuses tuberculeuses chez un syphilitique, gros œdème blanc, froid transitoire de tout le bras gauche, d'origine tuberculeuse (avec GAUCHER et BRICOUT). *Soc. dermat.*, 4 avril 1912, n° 4, p. 155.
259. Tuberculose gommeuse et ganglionnaire cervico-faciale actinomycosiforme (Les erreurs de diagnostic avec l'actinomycose) (avec GAUCHER et BRICOUT). *Soc. dermat.*, 4 avril 1912, n° 4, p. 152.
260. Lèpre débutante (avec GAUCHER et BRICOUT). *Soc. dermat.*, 4 août 1912, n° 24, p. 153.
261. Hérédosyphilis. Gommes tertiaires du voile du palais, sans dystrophies. *Soc. dermat.*, 4 avril 1912, n° 4, p. 154.
262. ***Les syphilis retardées.*** *VIIe Congrès International de Dermatologie et Syphiligraphie*, Rome, 8-13 avril 1912, p. 876; in *Journal des Praticiens*, 1912, 25 mai 1912, n° 21, p. 322.
263. L'état actuel de la question des mycoses. Les progrès accomplis durant ces dernières années (avec DE BEURMANN). Rapport au *VIIe Congrès International de Dermatologie et Syphiligraphie*. Rome, avril 1912, p. 143; publié dans la *Biologie médicale*, avril-mai 1912, n°s 4 et 5, p. 133 et 187 (69 pages).
264. ***Nouvelle mycose : Parendomycose gommeuse ulcéreuse*** due à un parasite nouveau le *Parendomyces Balzeri* (avec BALZER et BURNIER), *VIIe Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie*, Rome, avril 1912, p. 1136; et *Annales de Dermatologie*, mai 1912, n° 5, p. 282, fig. 4.
265. ***Dermatomycose végétante disséminée due au Mycoderma pulmoneum*** (avec MM. BALZER et BURNIER), *VIIe Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie*, Rome, 8-13 avril 1912, p. 1138 : et *Annales de dermatologie*, avril-septembre 1912, p. 461, 13 figures.
266. ***Discomycose de Carougeau.*** Nodosités juxta-articulaires. *VIIe Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie*, Rome, 8-13 avril 1912, p. 1141.
267. Finsenthérapie du Lupus, (avec M. DE BEURMANN). *VIIe Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie*; Rome, 8-13 avril 1912, p. 769.
268. État actuel de la démonstration des tuberculides cutanées. *VIIe Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie*, Rome, 8-13 avril 1912, p. 189 : in *Biologie médicale*, juin 1912, n° 6, p. 242.
269. Étiologie et pathogénie des tuberculides cutanées éclairée par l'expérimentation; hypothèses pathogéniques nouvelles (avec M. LAROCHE). *VIIe Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie*, Rome, 8-13 avril 1912, p. 208.
270. Tuberculides cutanées expérimentales (avec M. LAROCHE). *VIIe Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie*, Rome, 8-12 avril, 1912, p. 217.
271. ***Affections tuberculoïdes dues à des*** *cocci* ***et bactéries pyogènes***; abcès froids et ulcérations..., etc. *VIIe Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie*, in *Progrès médicale* des 18 et 25 mai 1912, n°s 20 et 21, p. 245 et 257.
272. L'état actuel de la question des Bacillo-tuberculoses non-folliculaires. *VIIe Congrès international contre la Tuberculose*, Rome, avril 1912; in *Progrès médical* du 31 août 1912; n° 35, p. 425.
273. Classification des Bacillo-tuberculoses. I. T. aiguës caséeuses de Laënnec. II. Granulies d'Empis. III. Septicémie non folliculaire typhobacillose de Landouzy. Rome, avril 1912; in *Revue de Médecine*, 10 octobre 1912, n° 10, p. 788.
274. Bacillo-tuberculose hémolysante. Contribution à l'étude pathogénique des anémies tuberculeuses (avec LANDOUZY et SALIN,) *VIIe Congrès international contre la Tuberculose* Rome, avril 1912, vol. III, p. 475; in *Presse médicale*, 1er juin 1912, n° 45, p. 473.
275. Sporotrichosis dermica (verrucosa) et sporotrichosis epidermica (pityriasis) (avec DE BEURMANN) *Iconographia dermatologica*, fasc. VI, p. 225-1912, 1 planche en couleurs.
276. Pathogénie des purpuras des Tuberculeux, in *Thèse* de Monnot : « Le purpura dans la tuberculose, Paris, juin 1912, p. 65.
277. ***Tuberculose : Nouvelles hypothèses pathogéniques basées sur les phénomènes*** de « *sensibilisation* » et de « *lyse* ». *VIIe Congrès international contre la tuberculose* Rome, avril 1912 in *Journal de Médecine interne*, 20 et 30 mai 1912, n°s 14 et 15, p. 131 et 141.

278. ***Grands abcès séreux et huileux***, tuberculeux. Grands abcès séreux mycosiques. Grands abcès séreux d'origine indéterminée. *VIIe Congrès international contre la tuberculose*, Rome, avril 1912, in *Journal des Praticiens*, 13 avril 1912, n° 15, p. 227.
279. Lymphangite nodulaire de la verge due au bacille de Ducrey, transformation des abcès en nodules indurés (avec Gauchen et Meaux Saint-Marc). *Soc. dermat.*, 6 juin 1912, n° 6, p. 235.
280. Hérédosyphilis, nanisme, scoliose, malformation et enchondromes auriculaires (avec Gauchen et Meaux Saint-Marc), *Soc. dermat.*, 6 juin 1912, n° 6..., p. 236.
281. Sporotrichoses. Trois cas de diagnostic facile. I. S. disséminée. II. Lymphangite gommeuse sporotrichosique ascendante. III. Ostéomyélite sporotrichosique, *Paris clinique et thérapeutique*, 20 avril 1912, n° 5, p. 95.
282. ***Chancre mou*** : contraste entre la bénignité habituelle du chancre mou et la gravité de l'adénite. Fréquence des chancres mixtes : Diagnostic clinique et bactériologique de la syphilis masquée par le chancre mou (*Revue générale et observations nouvelles*). *Paris Médical*, 20 avril 1912, n° 21, p. 504, 4 figures.
283. ***Syndromes pluriglandulaires. Délimitation des syndromes d'insuffisance et d'hyperfonctionnement pluriglandulaires*** (avec le professeur H. Claude) (*Revue générale*). *Gazette des Hôpitaux*, 16, 18, et 25 mai 1912, n° 57 et 60, pages 849 et 897.
284. Nœvus péripilaire familial (avec Gauchen et Meaux Saint-Marc). *Soc. dermat.*, 6 juin 1912, n° 6, p. 237.
285. Lupus scléreux de la face et des mains, épithélioma sur lupus, syphilis latente (avec Gauchen et Meaux Saint-Marc), *Soc. dermat.*. 6 juin 1912, n° 6, p. 237.
286. Dermatite récidivante de Dühring avec symblépharon et cécité, suite de pemphigus oculaire grave (avec Gauchen et Meaux Saint-Marc). *Soc. dermat.*, 4 juillet 1912, n° 7, p. 329.
287. Eczéma de la face et conjonctivite eczémateuse après ingestion de quinine (avec Gaucher et Meaux Saint-Marc). *Soc. dermat.*, 4 juillet 1912, n° 7, p. 332.
288. Ostéite du maxillaire inférieur chez un tabétique avec élimination d'un volumineux séquestre (avec Gauchen et Meaux Saint-Marc). *Soc. dermat.*, 4 juillet 1912, n° 7, p. 341.
289. Myocardite syphilitique évoluant en deux phases : 1° tachycardie; 2° bradycardie et suivie de guérison par le traitement mercuriel. Obs. 16 de la *Thèse* de Bricout : Syphilis du cœur. Paris, juillet 1912, p. 135.
290. Éléphantiasis tuberculeux. *Revue de Chirurgie*, 10 juillet 1912, n° 7, p. 72, 3 figures.
291. ***Syphilis et cancer***. Cancers de la langue, de la bouche et des lèvres; Cancers de la vulve, de l'utérus, du gland; Cancers de l'*œsophage* (Prophylaxie du Cancer). *Journal des Praticiens*, 14 septembre 1912, n° 37, p. 579.
292. L'***anaphylaxie dans les maladies infectieuses*** : Tuberculose, lèpre, mycoses, infections à *cocci*. *XIIIe Congrès français de Médecine*. Paris, lundi 14 octobre 1912, p. 90; et *Journal Médical français*, 15 janvier 1913, n° 1, p. 19.
293. ***Anaphylaxie lépreuse***. *XIIIe Congrès français de Médecine*. Paris, lundi 14 octobre 1912, p. 90; et in *Lépra*, 1913, Bd XIII, Heft 4, p. 211.
294. ***Hypothèse sur la Pathogénie des cancers*** (autocytotoxines irritantes et sensibilisantes). Cancer et anaphylaxie. *XIIIe Congrès français de Médecine*. Lundi 14 octobre 1912, p. 94; et *Journal de Médecine interne*, 19 novembre 1912, n° 34, p. 301.
295. ***Sporotrichoses des animaux***. Pathologie comparée (avec M. de Beurmann). Rapport au *1er Congrès international de Pathologie comparée*. Paris, le jeudi 17 octobre 1912. Tome I des rapports (2e fascicule), p. 688 (22 figures); et *Revue Générale de Médecine Vétérinaire*, 1912-1913.
296. Anatomie pathologique des mycoses (vue d'ensemble). *1er Congrès international de Pathologie comparée*, 17 octobre 1912-II, p. 202; et in *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, t. XXIV, n° 6, novembre 1912, p. 738.
297. Pied de madura et mycétomes. Pluralité parasitaire. *Pratique médico-chirurgicale*, supplément 1912, p. 1311; et Discussion, à propos d'une communication de M. Pinoy au *1er Congrès de Pathologie comparée*, octobre 1912. — Nosographie des pieds de madura,

Pied de madura, syndrome anatomo-clinique dû à des parasites multiples et très différents, *ibidem*, t. II, p. 215 et 218 et 199.

298. Infections froides chroniques dues à des bactéries pyogènes. *1er Congrès international de Pathologie comparée*. Paris, 17-23 octobre 1912, t. II, p. 558, in *Journal des Praticiens*, 12 octobre 1912, n° 41, p. 641.

299. Purpura radiculaire du bras gauche et zona du bras droit symétrique (avec THIBAUT). *Archives des maladies du cœur*, n° 11, novembre 1913.

300. Synovite sporotrichosique du poignet (avec LÉVY FRANKEL). *Revue de Chirurgie*, 10 novembre 1912, n° 11, p. 687.

301. Kératose blennorragique disséminée. Guérison (avec MEAUX SAINT-MARC). *Annales des maladies vénériennes*, n° 11, novembre 1912, p. 818.

302. Syphilis à grandes ulcérations cachectisanto mortelle (avec M. BOUNDEAU). *Annales des maladies vénériennes*, n° 11, novembre 1912, p. 825.

303. Arthropathie du « type tabétique » sans signe de tabès chez un syphilitique (avec MEAUX SAINT-MARC). *Société de Neurologie*, 5 décembre 1912, in *Revue de Neurologie*, n° 1, janvier 1913, p. 50.

1913

304. Tissus hématopoïétiques : Chapitres XIII à XVIII du Traité : Anatomie et Physiologie médicales de Landouzy et Léon Bernard; 1re édition, 1913; 2e édition, 1921. — Chap. XIII. Tissu lymphoïde et ganglion lymphatique p. 298 et 347, 2e édition. — Chap. XIV. Tissu myéloïde et moelle osseuse, p. 322, 373, 2e édition. — Chap. XV. Rate, p. 342, 401, 2e édition. — Chap. XVI. Thymus, p. 361, 434, 2e édition. — Chap. XVII. Unité de structure des tissus lympho et hématopoïétiques, p. 388, 455, 2e édition, 45 figures.

305. Tissus mésodermique différenciés. *Ibidem*, chap. XVII, p. 397 à 435, 464, 2e édition, 33 figures.

306. ***Bacillurie et Bacillémie hanséniennes.*** Le Rein des Lépreux. I. ***Néphrite lépreuse hématurique*** (Hématurie lépreuse). II. ***Bacillémie, bacillurie sans lésions rénales*** (avec DE BEURMANN). *Lépra*, Bd XIV, Heft 2, 1913, p. 73.

307. ***Nocardoses*** (ou Oosporoses) cutanées (Revue générale). *Gazette des Hôpitaux*, 25 janvier 1913, nos 10 et 13, p. 149 et 197.

308. Actinomycose (Traitement des). *Traité de thérapeutique pratique* de A. Robin, t. III, p. 634 à 647.

309. Les tuberculoses sarcoïdes cutanées, in *Thèse* de Bonnand. Paris, 22 janvier 1913 (Nosographie. — Classification. — Observations nouvelles).

310. Pemphigus, Dermatite polymorphe eczématiforme et bulleuse streptococcique (avec GAUCHER et MEAUX SAINT-MARC). *Soc. dermat.*, 6 février 1913, n° 2, p. 73.

311. Maladie de Maurice Raynaud avec Wassermann positif (hypothèse pathogénique de l'endartérite) (avec GAUCHER et MEAUX SAINT-MARC). *Soc. dermat.*, 6 février 1913, n° 2, p. 77.

312. Syphilis récidivante après « 606 ». Hématémèse due au « 606 » (avec GAUCHER et MEAUX SAINT-MARC). *Soc. dermat.*, 6 février 1913, n° 2, p. 80.

313. ***La syphilis expérimentale*** dans ses rapports avec la Clinique (Clartés apportées par l'Expérimentation à la connaissance de la syphilis humaine). *Œuvre médicochirurgicale Critzmann*, n° 71, 7 février 1913.

314. Les bains médicamentaux réducteurs dans le traitement des dermatoses non irritables (psoriasis, lichen...). *Paris Médical*, n° 10, 8 février 1913, p. 251.

315. Ramollissement cérébral et épanchement méningé puriforme aseptique à polynucléaires intacts (avec le professeur PIERRE MARIE). *Gazette des Hôpitaux*, 11 mars 1913, n° 29, p. 453.

316. Syphilides érythémato-granuleuses (avec P. HISCHMANN). *Soc. dermat.*, 3 avril 1913, n° 4, p. 190.

317. Épithéliomas cutanés successifs chez une femme de 26 ans (avec E. GAUCHER et HISCHMANN). *Soc. dermat.*, 3 avril 1913, n° 4, p. 189.

318. ***Abcès chroniques « fibreux » dus au bacille de Ducrey*** (avec Meaux Saint-Marc). *Annales des maladies vénériennes*, mai 1913, n° 5, p. 321.
319. Comparaison de la lèpre humaine et de la lèpre du rat (Inoculation, etc.). *Soc. dermat.*, 8 mai 1913, n° 5, p. 255.
320. Tuberculose verruqueuse du pied, éléphantiasis tuberculeux de la jambe, tuberculose centrifuge de la cuisse (avec Gaucher et Audebert). *Soc. dermat.*, 8 juin 1913, n° 5, p. 259.
321. Vitiligo et syphilis (avec Gaucher et Audebert). *Soc. dermat.*, 8 mai 1913, n° 5, p. 259.
322. Septicémie à localisations articulaires, cutanées (purpura) et sous-cutanées (grands œdèmes diffus pseudophlegmoneux) (avec Meaux Saint-Marc). *Gazette des Hôpitaux*, 27 mai 1913, n° 59, p. 958.
323. Importance pronostique et thérapeutique du diagnostic de sporotrichose à propos d'un malade atteint d'ostéomyélite sporotrichosique du tibia qui faillit être amputé et subit pendant deux ans sans succès le traitement mercuriel. *Le Mouvement médical*, n° 5, mai 1913, p. 205.
324. ***Syphilis d'évolution atypique***. I. Retard, réduction et suppression de la période secondaire. — II. Les fausses guérisons de la syphilis : récidive précoce sous forme d'accidents tertiaires (à propos d'un cas de syphilis tertiaire serpigineuse de l'épaule et gommes du dos, apparues sept mois après un chancre traité par le 606). *Paris Médical*, 21 juin 1913, n° 29, p. 64; et in Thèse Weber, Paris, 1913.
325. Plaques de cyanose chez un tuberculeux (avec Coyon). *Soc. de la Tuberculose*, 12 juin 1913, n° 4, p. 99.
326. Transformation de tuberculose verruqueuse en lupus willanique et inversement, transformation de lupus en tuberculose verruqueuse. *Soc. de la Tuberculose*, 12 juin 1913, n° 4, p. 94; in *Journal des Praticiens*, 21 juin 1913, n° 25, p. 385; et thèse de Demoulin. Paris, 25 juin 1913.
327. Premier supplément à la 2e édition de la Pratique médico-chirurgicale (P. M. C.). Articles, Mycoses p. 1073.
328. Sporotrichoses, *ibidem*, p. 1303.
329. Blastomycoses, *ibidem*, p. 209.
330. Pied de madura, *ibidem*, p. 1311.
331. Chancre mou, *ibidem*, p. 239.
332. Chancre mixte, *ibidem*, p. 236.
333. Pyodermites « froides » tuberculoïdes, *ibidem*, p. 1388.
334. Lèpre (nouveaux traitements), *ibidem*, p. 966.
335. Les dangers de la syphilis pour la communauté et la question du contrôle de l'État (avec E. Gaucher). Rapport présenté à la demande du comité anglais devant la XIIIe section, Dermatologie et Syphiligraphie et la XIXe section médecine légale du *17e Congrès international de Médecine*. Londres 6-12 août 1913. Comptes rendus : S. XIIIe Part I, p. 116 et *Annales des maladies vénériennes*, avril 1913. n° 8, p. 561.
336. ***Eczéma-réaction de défense***. Importance de cette notion pathogénique en nosographie et en thérapeutique, *XVIIe Congrès international de Médecine*, Londres, août 1913, in *Journal des Praticiens*, 19 et 26 juillet 1913, n° 29 et 30, p. 449 et 468, et in : *The urologic and cutaneous Review Journal*. Supplément 1916, juillet, p. 179.
337. ***Sporotrichose pharyngée primitive***. Forme nouvelle de sporotrichose des muqueuses (Diagnostic, Traitement, Importance pratique) (avec Quellien). *Paris médical*, 9 avril 1913, n° 36, p. 237.
338. Traitement de la Varicelle. *Journal des Praticiens*, 23 août 1913, n° 34, p. 537.
339. Nouvelles mycoses, *XVIIe Congrès international de Médecine*. Londres, août 1913, in *Journal des Praticiens*, 6 septembre 1913, n° 36, p. 561, 13 septembre 1913, n° 37, p. 578.
340. Pyodermites tuberculoïdes (Diagnostic avec la tub. et la syphilis. Traitement). *Paris médical*. 13 Sept. 1913, n° 41, p. 342 et in *Thèse* de Monnamy Paris 1913.
341. Sporotrichose. « Lecture » (Conférence) demandée par le Comité de The Paris Congress of the Royal Institute of Public Heatth et faite à Paris en Juin 1913, in *The Journal of state medicine*, Vol. XXI, n° 11 novembre 1913, p. 647, XXI, n° 12 Décembre 1913, p. 722, XXII, n° 1 Janvier 1914, p. 22.

343. Traitement du lupus tuberculeux. « *Tuberculosa* », 10 Décembre 1913, n° 23, p. 450.
344. ***Réactions de Wassermann tardives.*** Difficultés du diagnostic de la syphilis au début de la syphilis retardée. *Paris médical*, 13 décembre 1913, n° 2, p. 48. Reproduit dans *Annales des maladies vénériennes*, avril 1914, n° 8, p. 630.

1914

345. ***Traitement de la syphilis.*** L'indispensable en syphiligraphie (Bibliothèque des Praticiens : « Comment guérir? ») Maloine, éditeurs, 492 pages, 58 planches hors texte dont 12 en couleurs 1914. 2e éditinn 1918. 3e éditinn 1920. 4e édition 1926. 723 pages, 93 fignres en noir, 22 figures en couleurs et 13 planches hors texte (couronné par *l'Académie des Sciences*, prix Bellion et par *l'Académie de Médecine*, Prix Ricord.
346. A propos d'un cas de eraw-craw. Traitement par l'hectine et le permanganate de potasse (avec M. Voillemot). *Soc. Dermat.*, 8 janvier 1914, n° 1, p. 22 et: Le craw-craw et son traitement. *Paris clinique et thérapeutique*, 5 février 1924, n° 1, p. 33.
347. Recherches expérimentales et microbiologiques sur le psosiasis. Mémoire déposé à l'Académie de Médecine et couronné par le Prix Roussilhe, 1914.
348. Traitement local de l'Eczéma. *Progrès médical*, 4 avril 1914, n° 14, p. 159. *Revue française de Médecine et Chirurgie*, 25 juillet 1914, n° 14, p. 217 et Traitement de l'Eczéma. *Consultations médicales françaises*, n° 65, 12 juin 1914.
349. ***Réactions de Wassermann spontanément tardives***, c'est-à-dire chez des malades non traités. Difficulté du diagnostic des syphilis retardées. Clinique faite en avril 1914 publiée in *Paris Médical*, 2 février 1916, n° 7, p. 182, et in *Annales des maladies vénériennes*, avril 1916, n° 4, p. 235. (Publication retardée par la guerre.)
350. Adénites chancrelleuses. ***Bubon chancrelleux sans chancre. Bubons chancrelleux chroniques.*** Clinique faite en mai 1914, parue in *Paris médical*, 6 mai 1916, n° 19, p. 438. (Publication retardée par la guerre.)
351. Discussion sur les sarcoïdes. *Soc. Dermat.*, 7 mai 1914, n° 5, p. 256 et n° 6, p. 301.
352. Chéloïde et syphilis à propos d'une syphilide sur chéloïde. *Annales des maladies vénériennes*, mai 1914, n° 5, p. 363.
353. ***Épidermomycose due à un*** *parasite levuriforme* (présentation du malade) (avec M. Gancea) *Soc. Dermat.*, 7 mai 1915, p. 295, publiée in n° 7 du 2 juillet, p. 296 et 335.
354. Atrophie cutanée (dermatolyse) palpébrale compliquée de poussées œdémateuses et de lichen des avant-bras (avec M. Gaucher). *Soc. Dermat.*, 7 mai 1914, n° 5, p. 247.
355. Lichen annulaire atrophique pigmenté (avec Paul Blum). *Soc. Dermat.*, 7 mai 1914, n° 5, p. 264.
356. Fibrome cutané postvaccinal (sarcoïde fibreuse), (avec MM. Balzer et R. Barthélemy). *Soc. Dermat.*, 4 juin 1914, n° 6, p. 303.
357. Sporotrichose osseuse et sous-cutanée disséminée chez un enfant de quatorze mois (Radiographie) (avec MM. Ehrmann et Larrousse). *Soc. Dermat.* 4 juin 1914, n° 6, p. 304.
358. Sporotrichose *accident du travail.* Observation nouvelle de sporotrichose due au *Sporotrichum Gougeroti* (avec Paul Blum), *Soc. Dermat.*, 4 juin 1914, n° 6, p. 307.
359. Fragilité des cicatrices radiothérapiques. *Soc. Dermat.*, 4 juin 1914, n° 6, p. 314.
360. Œdème neuroarthritique (?) des mains. Troubles trophiques des ongles « ongle en accordéon » (avec Lorentz Monod). *Soc. Dermat.*, 4 juin 1914, n° 6, p. 324.
361. A propos de « La nature syphilitique de la chorée de Sydenham » (critiques des faits et observations). *Annales des maladies vénériennes*, juin 1914, n° 6, p. 470.
362. ***Sporotrichose des ganglions parotidiens et sous-maxillaires*** simulant la tuberculose (avec Paul Blum). *Orthopédie et Tub. Chirurgicale*, juillet 1914, n° 4, p. 415.
363. Nœvus et Hérédosyphilis (avec M. Paul Blum). *Annales des maladies vénériennes*, juillet 1914, n° 7, p. 518.
364. Septicémie tuberculeuse prolongée (avec MM. Guillois et Lemaire). *Soc. Tuberculose*, juillet 1914. *Revue de la Tuberculose* 1920, n° 1, p. 56.
365. Vitilign familial et Hérédosyphilis. *Soc. Derm.*, 2 juillet 1914, n° 7, p. 334.
366. ***Tuberculides maculosquameuses, atrophiques, agminées et atrophie cutanée*** (avec A. Lévy Franckel). *Soc. Dermat.*, 2 juillet 1914, n° 7, p. 339.

367. Hémisporose gommeuse (avec M. LORENTZ MONOD). *Soc. Dermat.*, 2 juillet 1914, n° 7, p. 343.
368. Granulosis rubra nasi et tuberculose, *Soc. Dermat.*, 2 juillet 1914, n° 7, p. 344.
369. Sporotrichose en nappe simulant un sarcome (avec LORENTZ MONOD). *Soc. Dermat.*, 2 juillet 1914, n° 7, p. 345.
370. Chancre mou. ***bubons chancrelleux tardifs.*** *Annales des maladies vénériennes*, n° 8, août 1914, p. 610.
371. Chancre syphilitique hypodermique, *Annales des maladies vénériennes*, n° 10, octobre 1914, p. 737.

1915

372. Traitement des plaies larges, lentes à cicatriser par les boues radioactives sucrées stérilisées. Lettre du front au *Journal des Praticiens*, n° 20 du 15 mars 1915.
373. Valeur pronostique des ***taches rosées*** dans la ***fièvre typhoïde*** et les infections voisines (Pathogénie des Erythèmes). *Journal des Praticiens*, 31 juillet 1915, n° 31, p. 481. Traduit en anglais : *Medical Press and Circular*, 7 juin 1916, p. 514.
374. ***Bubons chancrelleux sans chancre.*** *Annales des maladies vénériennes*, août 1915, n° 8 p. 449. (Publication retardée par la guerre.)
375. ***Bubons chancrelleux chroniques.*** *Annales des Maladies vénériennes*, août 1915, n° 8, p. 459. (Publication retardée par la guerre.)
376. Suppuration ganglionnaire syphilitique (avec Rio BRANCO DE SILVA). *Annales des maladies vénériennes*, août 1915, n° 8, p. 477. (Publication retardée par la guerre.)
377. ***Eczéma et obésité, réactions de défense.*** Conférence de 1914 retardée par la guerre, *Journal des Praticiens*, n° 36, 4 septembre 1915, p. 561. *Medical Press*, 29 décembre 1915, n° 2999, p. 602.
378. Névrites infectieuses (typhoïdique, dysentérique, tétanique) (avec M. LAIGNEL-LAVASTINE). *Soc. de Neurologie*, 2 décembre 1915, p. 1316.

1916

379. La question des Blastomycoses. Revision et Démembrement de l'ancien groupe blastomycose *Revista Dermatologica Argentina*, numéro espécial en hommage al Dr B. Sommer 1916, p. 75.
380. ***Pityriasis sporotrichosique*** : contribution à l'étude des épidermites mycosiques (avec BRICOUT). *Revista Dermatologica Argentina*, numéro espécial en hommage al Dr B. Sommer 1916, p. 970.
381. ***Importance de l'état de sensibilisation dans la pathogénie de la syphilis. Mélange de l'état de sensibilisation et d'immunité.*** Différence de réaction du syphilitique à son propre virus et aux virus étrangers. Spécialisation de virus par sensibilisation. *Annales des Maladies vénériennes*, n° 5, mai 1916, p. 264 (2 schémas).
382. ***Dermo-Épidermites streptococciques***, etc., développées autour des plaies fistuleuses (Rapport ministériel de mars-avril et *Journal des Praticiens* n° 24, 10 juin 1916, p. 369.
383. Paralysie réflexe et ***troubles trophiques réflexes*** consécutifs aux blessures des extrémités. Contribution à l'étude des « névralgies et névrites ascendantes » (avec M. ALBERT CHARPENTIER) *Soc. de neurologie*, 2 mars 1916, et *Annales de Médecine*, n° 3, mai-juin 1916, p. 269.
384. La ***Dermatologie***. L'indispensable en Dermatologie, 764 pages, 180 figures en noir et en couleurs : Maloine, éditeurs, 2e édition, juillet 1919, 3e édition, mars 1922 et traduction espagnole, 4e édition, octobre 1927.
385. Deux cas de sporotrichose confondue avec la syphilis : — Sporotrichose lymphangitique et adénite inguinale à point de départ anal — Sporotrichose lymphangitique du membre inférieur avec adénites inguino-crurales et ostéoarthrite d'un doigt (3 figures). *Annales des maladies vénériennes*, novembre 1916, n° 11, p. 664.
386. ***Érythème papuleux extensif douloureux en nappe des autointoxiqués. Réaction de défense cutanée.*** *Journal des Praticiens*, 9 décembre 1916, n° 5, p. 785.
387. Réflexes tendineux variables au début du tabès (avec QUELLIEN). *Annales des maladies vénériennes*, décembre 1916, n° 12, p. 705.

388. Ulcérations syphiloïdes compliquant ou non les plaies de guerre (avec Clara). *Annales des maladies vénériennes*, décembre 1916, n° 12, p. 725, janvier 1917, n° 1, p. 17. 5 figures.
389. Troubles bulbo-protubérantiels et simulation (avec A. Charpentier). *Soc. de Neurologie*, 7 décembre 1916.
390. Lichen porcelainé. *Paris Médical*, 30 décembre 1916, n° 53, p. 571, 2 figures.
391. ***Les Dermoépidermites microbiennes de guerre et leur traitement.*** Déposé à l'Académie des Sciences en décembre 1916, récompensé par l'Institut, prix de 2 000 francs sur le prix Bréant paru dans la *Revue de Médecine*, mai-juin 1916, n°s 5 et 6, p. 342, juillet-août 1916, n°s 7 et 8, p. 401 (90 pages, 2 tableaux, 11 photographies).

1917

392. Traitement des dermo-épidermites microbiennes (épidermites de guerre). *Paris Médical*, 6 janvier 1917, n° 1, p. 29 (3 figures).
393. Kératose gonococcique « cloutée » et circinée révélant une blennorragie inconnue (avec Clara). *Annales des maladies vénériennes*, février 1917, n° 2, p. 108 (2 figures).
394. Syphilis chéloïdienne (avec Clara). *Annales des maladies vénériennes*, 1er mars 1917, n° 3, p. 143 (1 figure).
395. Le craw-craw; beaucoup de cas de craw-craw ne sont que des dermo-épidermites microbiennes streptococciques ulcéreuses. *Journal des Praticiens*, 17 mars 1917, n° 11, p. 163.
396. La ***teigne amiantacée*** d'Alibert et les infections microbiennes du cuir chevelu. *Progrès Médical*, 31 mars 1917, n° 13, p. 101.
397. Traitement des Chéloïdes, *Paris Médical*, 14 avril 1917, n° 15, p. 39 (1 figure).
398. Fréquence, polymorphisme et importance des streptococcies cutanées aiguës et chroniques. Description d'une ***variété nouvelle*** : ***Dermo-épidermite streptococcique aiguë érythémato-papu'euse, vésiculeuse érosive et pustuleuse.*** *Journal des Praticiens*, 28 avril 1917 et 5 mai, n° 17, p. 257, n° 18, p. 275.
399. La lutte antivénérienne : 1er Article : Organisation des dispensaires antivénériens « services annexes » dans la population civile (Centre vénéréologique et dermatologique de la 9e région). — 2e Article : La lutte contre les dangers de la prostitution. Éducation du public — mesures prophylactiques, etc. *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, avril et juillet 1917, p. 193, t. XXVII t. XXVIII, p. 5.
400. Céphalée fébrile à répétition avec ou sans réaction méningée. *Paris Médical*, 23 juin 1917, n° 25, p. 259.
401. ***Épidermites microbiennes érythémato-squameuses généralisées*** simulant une dermatite exfoliatrice. *Journal des Praticiens*, 30 juin 1917, n° 26, p. 401.
402. Organisation et fonctionnement d'un centre militaire régional de Dermatologie et Vénéréologie. *Annales des Maladies vénériennes*, juillet et août 1917, n° 7 et 8, p. 305 et 476.
403. Dermatose végétante et suppurée (avec Clara). *Annales de Médecine*, t. IV, n° 3, mai-juin 1917, p. 279 (5 figures).
404. Vénéréologie et Dermatologie depuis la guerre. *Revue Générale de pathologie de guerre*, 1917, p. 445 à 508, 6 figures.
405. Organisation des services annexes, difficultés rencontrées; rapport présenté le 15 juillet 1917, par ordre ministériel, résumé dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, mai 1917, t. LXVII, n° 5, p. 684.
406. La lutte antivénérienne; les perfectionnements désirables. *Paris Médical*, 22 septembre 1917, n° 38, p. 241.
407. Syphilis nerveuses observées en une année de guerre. *Annales des maladies vénériennes*. n° 9, septembre 1917, p. 530
408. Trois syndromes neuromusculaires. *Soc. de Neurologie*, 1917. *Progrès Médical*, n° 38, 22 septembre 1917, p. 311.
409. Lésions nerveuses à distance et immédiates dans les blessures de la tête. *Paris Médical*, 13 octobre 1917, n° 41, p. 301.
410. De quelques affections cutanées obscures chez nos contingents coloniaux. Trois

syndromes nouveaux (3 figures) : — 1° Verrucome squameux et exulcéreux proche du clou de Biskra ; guérison par le 914 intraveineux.
— 2° Placard érythémateux squameux du creux poplité avec grosses bulles confluentes ou éparses, récidivantes, laissant des cicatrices à pourtour pigmenté.
— 3° Ulcérations suppurées anfractueuses des orteils succédant à des abcès semi-chauds. *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, t. LXVIII, n° 5, p. 744, novembre 1917.

411. Deuxième Enquête sur la lutte contre les dangers de la prostitution dans cinq départements de la 9e région. Rapport mensuel de novembre 1917 publié dans les *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, t. XIX, 5 janvier 1917.

412. ***Papillomatose ponctuée, verruqueuse, généralisée*** (avec Clara). *Annales des maladies vénér.* novembre, 1917, n° 13, p. 641 (3 photos).

413. ***Épidermites microbiennes verruqueuses sèches simulant la tuberculose verruqueuse.*** *Paris Médical*, 10 novembre 1917, n° 45, p. 399 (1 photo.).

414. ***Saprophytisme des germes vénériens*** : son importance en prophylaxie. *Journal des Praticiens*, 19 septembre 1917, n° 46, p. 722, et la *Semana médica* (de Buénos-Ayres) 9 mai 1918, n° 1269, p. 547.

415. Importance des dermo-épidermites microbiennes en médecine infantile. *Journal des Praticiens*, 14 décembre 1917, n° 50, p. 785.

416. Large disque érythémato-purpurique à tendance vésiculeuse avec gangrène par piqûre venimeuse. *Paris Médical*, 15 septembre 1917, n° 50, p. 493.

1918

417. Plaque érythémato-squameuse villeuse — Ponctuations papulosquameuses et parfois cornées à disposition linéaire; acné cornée et lichen spinulosus (avec Clara). *Annales des maladies vénériennes*, janvier 1918, n° 2, p. 38.

418. Traitement d'un psoriasis non irritable. Diagnostic des épidermites microbiennes psoriasiformes. *Paris Médical*, 9 février 1918, n° 6, p. 123 (1 photo). Observations in *Thèse* de Szkolnik « des huiles soufrées dans le Traitement des Psoriasis » — Thèse de Paris, 1920.

419. ***Tuberculomes hypodermodermiques indurés en plaques : Tuberculoses sarcoïdes sclérodermiformes.*** (Avec M. Dénéchau). *Revue de Médecine*, septembre-octobre 1916, nos 9 et 10, p. 664 (paru en février 1918).

420. Une année de fonctionnement d'un centre dermatovénéréologique : *Annales des Maladies vénériennes*, mai 1918, n° 5, p. 257 (50 pages).

321. Quelques notions nouvelles ou oubliées sur la contagion de la syphilis : 1° Un syphilitique sans lésion peut être contagieux; 2° Un syphilitique tertiaire peut être contagieux ; 3° Un syphilitique court des risques à se réinoculer : 4° Un hérédo-syphilitique n'est pas immunisé contre une nouvelle contagion. *Journal des Praticiens*, 6 avril 1918, n° 14, p. 209.

422. La lutte antivénérienne dans une « Région ». Rapport présenté à la réunion de la « liaison franco antivénérienne » du 20 avril 1918, à la demande du Medical Research Comittee, traduit et lu par le Dr Rist in *Archives de Méd. et Pharmacie militaires*, t. LXX, n° 1 juillet 1918, p. 87; et *Journal médical français*, décembre 1918, n° 5, p. 183.

423. ***Froidure des extrémités: Fréquence, importance des dermo-épidermites microbiennes immédiates, persistantes, récidivantes, greffées sur froidures.*** *Journal des Praticiens*, 11 mai 1918, n° 19, p. 289; et *Paris Médical*, 21 décembre 1918, n° 51, p. 495 (4 figures).

424. Les ***Fausses actinomycoses.*** De soi-disant actinomycoses ne sont que des ***tuberculoses*** ou des infections indéterminées. *Revue de Chirurgie*, mai-juin 1918, p. 365 (4 figures).

425. Traitement de la blennorragie par le Santal à hautes doses. *Journal des Praticiens*, 1er juin 1918, n° 22, p. 345.

426. ***Importance des dermoépidermites microbiennes en pathologie exotique.*** Beaucoup de craw-craw, d'ulcères tropicaux, d'infections indéterminées sont des dermo-épidermites strepto-staphylococciques. *Annales de Médecine*, 1918, p. 9.

427. Artérite oblitérante avec gangrène des pieds à poussées successives, endophlébite et

périphlébite segmentaire des membres (avec CLARA). *Annales des maladies vénériennes*, juillet 1918, n° 7, p. 389.

428. ***Nœvi tardifs.*** Le terrain nœvique : les causes occasionnelles. *Paris Médical*, 31 août 1918, n° 35, p. 174 (une figure).

429. Phophylaxie des maladies vénériennes, tracts et notices de propagande. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. XXIX, août 1918, p. 95 ; t, XXIX, novembre 1918, p. 288, n° 5, ; et *Soc. française de prophylaxie sanitaire et morale*, 5 juillet 1919, n° 5, p. 130. Tract adopté par l'Armée et la Marine françaises. Traduction en espagnol par le Dr E CONI et adopté par l'armée argentine.

430. La « prophylactic Station » ou cabine prophylactique. *Le Caducée*, 1er septembre 1918, n° 9, p. 115, et Prophylaxie antivénérienne « avant » et « après » campagne de propagande. *Annales des Mal. vénériennes*, n° 9, septembre 1918, p. 449 (2 figures).

431. Traitement rural des vénériens indigents. *Annales des Mal. vénériennes*, n° 10, octobre 1918, p, 577.

432. Services annexes... Les perfectionnements indispensables, Nécessité d'une loi, *Annales des Mal. vénériennes*, n° 11, novembre 1918, p. 650.

433. Dangers des épidermites microbiennes méconnues. Prophylaxie de l'érysipèle, de la tuberculose, etc., par la destruction des repaires cutanés microbiens. *Paris médical*, 2 novembre 1918, n° 44, p. 348.

434. Essai d'une réglementation perfectionnée pour la période de transition : Projet de Règlement. Commentaire et programme d'ensemble de lutte antivénérienne. *Annales des maladies vénériennes*, décembre 1918, n° 12, p. 705 ; janvier 1919, n° 2, p. 1.

435. Frotte sulfureuse de la Gale (avec PAUL DURET). *Journal des Praticiens*, 14 décembre 1918, n° 50, p. 793, *La Médecine*, novembre 1919, n° 2, p. 111.

436. ***Syphilis post-traumatiques*** (avec CLARA), *Journal médical, français*, décembre 1918, n° 5, p. 216 (8 figures).

1919

437. Présentation à la Société de Dermatologie et Don au Musée de l'Hôpital Saint-Louis de 234 photographies de dermato-vénéréologie de guerre. *Soc. de dermat.*, 8 janvier 1919, n° 1, p. 6.

438. Dermo-épidermites microbiennes strepto-staphylococciques. Présentation de photographies et don au musée de l'hôpital Saint-Louis. *Soc. dermat.*, 8 janvier 1919, n° 1, p. 14.

439. Conférences antivénériennes à des officiers et soldats, janvier 1919 ; et Conférences à des Ouvrières, 1re édition 1919 ; 2e édition 1921, etc. (modèle adopté par l'armée).

440. Dermatoses exagérées ou simulées et accidents du travail. *Soc. de Médecine légale*, 6 février 1919 ; et *Revue* (belge) *de Médecine, et de Chirurgie des accidents du travail*, 1925.

441. Granulome annulaire ou érythémato-sclérose circinée des mains à structure tuberculoïde : Discussion étiologique (avec BONNIN). *Soc. dermat.*, 13 mars 1919, n° 2, p. 50.

442. Pemphigus réticulé périodique naissant sur dermatose papuleuse, lichénoïde des deux jambes. *Soc. dermat.*, 3 mars 1919, n° 2, p. 56, une photographie.

443. Les trois procédés de prophylaxie « après » et trois modèles de nécessaires prophylactiques individuels. *Annales des Mal. vén.*, n° 2, février 1919, p. 88.

444. Deux chancres syphilitiques de localisations rares : Chancre du téléphoniste (à la lèvre) et chancre du « cuistot » (à la gencive) (avec LÉON LÉVY et CLARA). *Annales des Mal. vén.*, n° 3, mars 1910, p. 148, 2 photos.

445. Épidermites verruqueuses papuleuses en nappe des organes génitaux chez des blennoragiques (avec CLARA). *Annales des Mal. vén.*, n° 3, mars 1919, p. 150.

446. Œdèmes sous-cutanés par dermite artificielle. Réaction de défense. *Journal des Praticiens*, mars 1919, n° 10, p. 15.

447. La lutte antivénérienne en milieu civil : ce qu'elle doit être. *Journal de Lucas Championnière*, t. XC, 10 mars 1919, n° 5, p. 132, article 26 003 ; Programme de lutte antivénérienne et vœux. ***Rapport au Congrès interallié d'hygiène sociale*** pour la reconstitution des Régions dévastées par la guerre. Paris 24 avril 1919 ; t. III, p. 33.

448. ***Épithélioma post-traumatique de la gencive et du sinus-maxillaire.*** *Journal des Praticiens*, 22 mars 1919, n° 12, p. 178.
449. Ypérites génitales simulant la syphilis et syphilis masquée par Ypérite (avec Clara). *Annales des Mal. vén.*, mai 1919, n° 5, p. 257 (4 figures).
450. Proposition d'un essai préliminaire à l'Hôpital des arsenicaux avant leur sortie. *Soc. dermat.*, 8 mai, 1919, n° 4, p. 123.
451. Polymorphisme des dermoépidermites microbiennes strepto-staphylococciques, érythématosquamenses. DE psoriasiformes; DE, amiantacées; DE en carapace; DE parcheminées. *Soc. dermat.*, 8 mai 1919, n° 4, p. 152.
452. La fausse Teigne amiantacée d'Alibert est une infection microbienne. *Soc. dermat.*, 8 mai 1919, n° 4, p. 152.
453. Éruption psoriasiforme papulense « verruqueuse » rebelle (avec Clara et Bonnin). *Soc. dermat.*, 8 mai 1910, n° 4, p. 149.
454. Propagande. Prophylaxie individuelle des maladies vénériennes : « *Demain* », VI, n° 69, 10 mai 1919, p. 534.
455. Diagnostic et Traitement des ulcérations sur plaie, en particulier sur plaie de guerre (Résumé). La *Médecine française*, n° 5 et 6, 15 mai et 1er juin 1919, p. 73 et 89; et complications cutanées des plaies en temps de guerre et en temps de paix. *Journal Médical français*, décembre 1919, n° 12, p. 250 (12 figures).
456. A propos du traitement de l'association fusospirillaire de Vincent. Traitement local de l'association fusospirillaire de Vincent par les arsenicaux (avec Goulier et Vaslin) *Soc. dermat.*, 12 juin 1919, n° 5, p. 208 et *Gazette Médicale du Centre*, 15 avril 1919, n° 2, p. 51.
457. Troubles trophiques cutanés, réflexes : lichénisation verruqueuse d'une cicatrice de plaie de guerre (une photo) *Soc. dermat.*, 12 juin 1919, n° 5, p. 217-218.
458. ***Papillomatose pigmentaire indéterminée*** (Clara et Bonnin). *Soc. dermat.*, 12 juin 1919, n° 5, p. 218.
459. Trichophyties postvaccinales (1 photo). *Paris Médical*, 7 juin 1919, n° 23, p. 442; et *Revue internationale de la vaccine*, 1920, n° 2, p. 55.
460. Éléphantiasis nostras de la lèvre inférieure. *La Revue maxillo-faciale*, le 6 juin 1919, (1 photo).
461. ***Nœvi post-traumatiques.*** *Soc. dermat.*, 10 juillet 1919, n° 6, p. 255.
462. Vitiligo post-traumatique. *Soc. dermat.*, 10 juillet 1919, n° 6, p. 259.
463. Des crayons au protargol pour la prophylaxie individuelle. *Annales des mal. vénériennes*, juillet 1919, n° 7, p. 400.
464. De la collaboration des Médecins dans la lutte antivénérienne et moyens d'exécution. *Journal des Praticiens*, 26 juillet 1919, n° 30, p. 465.
465. Quelques erreurs de diagnostic en syphiligraphie. *Journal des Praticiens*, 30 août 1919, n° 35, p. 545.
466. Calendrier de traitement des syphilitiques (2 modèles) *Journal des Praticiens*, 20 septembre 1919, n° 38, p. 594; et *Soc. Prophylaxie*, 5 mai 1920, n° 3, p. 89. Édité chez Maloine, janvier 1920.
467. ***Des accidents syphilitiques secondaires précoces et leurs dangers : plaques muqueuses préroséoliques.*** *Journal des Praticiens*, 29 novembre 1919, n° 48, p. 753; *Revue internationale d'hygiène publique*, septembre 1920, n° 2, p. 182.
468. A propos de la contagion de la gale. « ***Les réfractaires à la gale.*** » ***Les porteurs de germe contagionnants.*** *Journal des Praticiens*, décembre 1919; n° 51, p. 803; *Société de Dermatologie*, n° 2, 12 février 1920, p. 66.

1920

469. ***Dermo-épidermites microbiennes strepto-staphylococciques parcheminées.*** *Paris Médical*, n° 7, 14 février 1920, p. 148 (2 photos).
470. Mycoses et lupus associés. Mycose masquant un lupus. *Soc. dermat.*, 4 mars 1920, n° 3, p. 116; et *Journal des Praticiens*, 17 avril 1920; n° 16, p. 244.
471. Lutte antivénérienne. Prophylaxie dans les sociétés sportives et postscolaires. Rapport au Comité national. Résumé dans l'*Auto* du 27 mars 1920 et *Manuel général*

de l'Institution primaire, 1er mai 1920, n° 32, p. 382; publié dans *Bulletin de la Soc. de Prophylaxie*, 5 mai 1920, n° 3, p. 81.

472. L'école et les maladies sociales. La lutte antivénérienne à l'école primaire. *Manuel général de l'Instruction primaire*, 17 avril 1920, n° 30, p. 359, in *Soc. Prophylaxie*, 5 juin 1920, n° 4, p. III.

473. L'extrait de Pavot blanc succédané de l'extrait d'opium dans la préparation des pilules mercurielles opiacées pour remédier aux entraves de la Loi du 12 juillet 1920 et vœux (avec Pomaret). *Soc. Prophylaxie*, 5 mai 1920, n° 3, p. 71; *Journal des Praticiens*, 7 août 1920, n° 32, p. 501.

474. Mesures antivénériennes prises à propos de l'incorporation de la nouvelle classe. *Soc. Prophylaxie*, 5 mai 1920, n° 3, p. 95.

475. ***Nodosités juxta-articulaires et syphilis*** (avec Burnier et Bonnin). *Annales des maladies vénériennes*, mai 1920, p. 343.

476. Observations de P. G. P. et tabétiques ayant eu un liquide céphalo-rachidien normal. *Annales des maladies vénériennes*, mai 1920, p. 282.

477. Mycodermose cutanée due au Mycoderma pulmoneum. *Soc. dermatol.*, 10 juin 1920, n° 6, p. 185.

478. Pathogénie des accidents post-arsénicaux et des neuro-récidives. *Soc. de méd. de Paris*, 11 juin 1920. *La Médecine*, nov. 1920, n° 2, p. 119.

479. Traitement de l'Éléphantiasis tuberculeux. *Journal des Praticiens*, 19 juin 1920, n° 25, p. 385.

480. ***Les Dermo-épidermites microbiennes en carapace.*** *Paris Médical*, 19 juin 1920, n° 25, p. 497 (2 figures).

481. Création de comités locaux d'hygiène sociale. *Soc. Prophylaxie*, 5 juin 1920, n° 4. p. 107.

482. Perfectionnement à la lutte antivénérienne; organisation d'un Office de renseignements. *Soc. Prophylaxie*, 5 juin 1920, n° 4, p. 109.

483. Programme de propagande antivénérienne; rapport à la commission du ministère de l'Hygiène, juin, juillet, août 1920, in *Bulletin Soc. Prophylaxie*, 5 octobre 1920, n° 5, p. 136. Éducation des Éducateurs; rapport à la Commission du ministère de l'Hygiène, juin-juillet 1920, in *Revue internationale d'Hygiène publique*, mai 1921, n° 3, p. 266; *Soc. Prophylaxie*, juin 1921, p. 97 et *Congrès Pasteur*, 25 mai 1923 et Congrès canadien : *Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, 1922, p. 491.

484. Relèvement des filles séduites, des prostituées d'occasion et des prostituées officielles (Plan de discussion). *Soc. Prophylaxie*, 5 octobre 1920, n° 5, p. 120.

485. ***Nævus verruqueux*** à début palmaire chez une ***hérédo-syphilitique, guéri par le traitement mercuriel*** (avec Desaux). *Annales des mal. vén.*, n° 10, octobre 1928, p. 599 (1 figure).

1921

486. Un cas de pemphigus subaigu malin à bulles extensives (avec Brocq, Desaux et Rabreau). *Soc. dermat.*, 13 janvier 1921.

487. La lutte antivénérienne en Belgique. *Société de Prophylaxie*, 5 juin 1921, n° 6, p. 109.

488. ***Lèpre neurotrope familiale*** (avec Ruppe). *Soc. dermat.*, 7 juillet 1921, n° 8, p. 398.

489. ***Nombre d'huilomes, vaselinomes, parafinomes sont des sarcoïdes***, fibro-conjonctives, tuberculose locale et terrain « fibro-conjonctif ». ***Sarcoïdes hypodermiques et dermiques par corps étrangers*** (avec Desaux). *Journal des Praticiens*, 23 juillet 1921, n° 30, p. 481. Sarcoïdes par corps étranger, sarcoïdes nodulaires et ***sarcoïdes « massives »*** (forme nouvelle), rapport de la Tuberculose et des « graissomes ». *Bruxelles Médical*, 15 août 1921, n° 10, p. 327; 15 septembre 1921, n° 11, p. 352, et in Thèse Le Carpentier, Paris 1921.

490. Vaccinothérapie et sérothérapie antisporotrichosiques in *Thèse* de F. Lacommère « La Sporotrichose ». Bordeaux, 1921, p. 53.

491. ***Récidives de syphilis viscérales, cutanées, muqueuses, sérologiques*** peu de temps après une érythrodermie exfoliatrice postarsénobenzolique. De la légende de la

guérison après érythrodermie arsenicale. *Soc. Méd. Hôp.*, 16 octobre 1921, n° 29, p. 1339.
492. Les fausses leucomélanodermies syphilitiques du cou. Hypo et hyperchromies syphiloïdes postlésionnelles du cou. *Soc. Méd. Hôp.*, 14 octobre 1921, n° 29, p. 1347 et 1453; in *Progrès Médical*, 19 novembre 1921, n° 47, p. 541.
493. ***Kyste synovial et tuberculose, maladie polykystique tuberculeuse du poignet, inoculation positive du liquide au cobaye.*** *Paris Médical*, 29 octobre 1921, p. 333.
494. ***Herpès** sans **vésicule : formes frustes atypiques de l'Herpès.*** *Journal des Praticiens*, 12 novembre 1921, p. 753.
495. ***Syphilis acquise** sans **chancre.*** Syphilis sans chancre avec adénite indurée. Syphilis sans chancre à bubon suppuré syphilitique. *Soc. Méd. Hôp.*, 11 novembre 1921, n° 33, p. 1522, et *Annales des maladies vénériennes*, janvier 1922, n° 1, p. 17; ***Chancrello-syphilis** sans **chancre mixte porte d'entrée.*** *Soc. Méd. Hôp.*, novembre 1921, n° 33, p. 1526; et *Annales des maladies vénériennes*, janvier 1921, n° 1, p. 9.
496. Consultation à deux degrés et non admission des non indigents dans les consultations gratuites. *Société de prophylaxie*, 5 décembre 1921, n° 8, p. 172.
497. ***Ulcérations à bords cyanotiques et purpuriques.*** Gravité et lenteur de cicatrisation. *Paris médical*, 10 décembre 1921, n° 50, p. 457 (5 photos).
498. Xéroderma pigmentosum. Radiolucitis cronica sobre terrenos radiosensibles. *Los Progresos de la Clinica*, IX, n° 120, décembre 1921, p. 265; ***Radiolucites chroniques** et **Xéroderma pigmentosum.*** Revue pratique des maladies des pays chauds. *Egypte médico-chirurgical*, octobre 1921, n° 7, p. 34 (une photo); *Journal des Praticiens*, 18 novembre 1922, n°s 46 et 47, p. 753 et 771; et *Annales de l'Institut d'Actinologie*, janvier-avril 1926, n°s 1-2, p. 19.

1922

499. ***Dermatose érythémato-squameuse avec hyperkératose palmoplantaire porectasies digitales et cancer latent de la langue.*** Contribution à l'étude des ***dermatoses monitrices du cancer*** (avec Ruppe). *Paris médical*, 18 mars 1921, n° 11, p. 234 (1 figure).
500. ***L'insuffisance protéopexique du foie dans les érythrodermies postarsénobenzoliques***; intolérance à tous les arsenicaux (avec Blamoutier). *Soc. méd. hôp.*, 31 mars 1922, n° 13, p. 598.
501. ***Intolérance anaphylactique aux applications médicamenteuses externes*** : choc hémoclasique par application d'huile de cade, désensibilisation par voie externe en dermatologie (avec Blamoutier). *Soc. méd. hôp.*, 28 avril 1922, n° 15, p. 733.
502. Dermite eczémateuse professionnelle due à la poudre de palissandre : ***anaphylaxie choc hémoclasique par application externe.*** Désensibilisation par voie épidermique (avec Blamoutier). *Soc. méd. hôp.*, 28 avril 1922, n° 5, p. 739.
503. ***Crises nitritoïdes viscérales*** par injections intraveineuses de 914 : — Forme ***utéroplacentaire*** causant l'avortement. — Forme ***articulaire pseudorhumatismale***. — Forme ***radiculalgique paraplégique***. — Forme ***rénale hématurique***. *Paris médical*, 13 mai 1922, n° 19, p. 393, et *Société médicale des hôpitaux*, 1er juin 1923, n° 21, p. 86.
504. Articles syphilis cutanées et muqueuses. — Syphilis et cancer. — Importance du traitement de la syphilis; ce qu'il doit être, p. 77-95-217, in *Manuel d'Education prophylactique* du Comité national de propagande, 1922.
505. ***Anaphylaxie mercurielle. Érythrodermie*** exfoliante généralisée par intoxication mercurielle d'origine ***digestive***. Insuffisance protéopexique du foie (avec Blamoutier). *Soc. méd. hôp.*, 26 mai 1921, n° 19, p. 868.
506. ***Anaphylaxie mercurielle : œdèmes cutanés et muqueux par applications mercurielles externes*** : diarrhées et hémorragies intestinales mercurielles, réactions locales intenses au point d'injection (avec Blamoutier). *Soc. méd. hôp.*, 26 juin 1922, n° 19, p. 873.
507. Le ***Parasaccharomyces intertriginis***. Les ***Dyshidroses*** vraies (sans mycoses) et les ***épidermomycoses dyshidrosiformes***, les cas mixtes ou dyshidroses secondairement infectées. *Congrès de Dermatologie de Paris*, 6 juin 1922, p. 30 et 43.
508. ***Dermo-épidermite pustuleuse miliaire et érythématosquameuse, nummulaire et***

en placards à progression centrifuge (forme nouvelle). *Congrès de Dermatologie de Paris*, 6 juin 1922, p. 172.

509. Traitement de la lèpre par l'aminoarsénophénol (ou Eparseno). *Soc. méd. des hôp.*, 27 octobre 1922, n° 29, p. 1379.

510. État actuel de la question de la Bismuthothérapie. *La Médecine*, novembre 1922, p. 85, et Bismuthothérapie. Indications et contre-indications. Produits et modes d'emploi. *Journal des Praticiens*, 25 et 28 avril 1923, n° 16 *bis* et 17, p. 257 et 273.

1923

511. Utilisation pour la lutte antivénérienne de la défense départementale contre la dépopulation « par l'assistance à domicile ». *Société de Prophylaxie*, 1er mars 1923, n° 2, p. 35.

512. Syphilis arsénorésistante conjugale guérie par le bismuth (virus spécialisés) (avec GÉRAY). *Paris médical*, 3 mars 1923, n° 9, p. 209 (4 photos).

513. État actuel de l'arsénothérapie, médicaments, voies d'introduction. Doses et méthodes, association de l'arsenic au mercure et au bismuth. *Journal Médical français*, mars 1923, n° 3, p. 110.

514. ***Bubon aigu chancrelleux*** (forme aiguë phlegmoneuse fébrile de l'adénite chancrelleuse). Importance des bubons tardifs. Sensibilisation et Désensibilisation (avec PAUL BLUM). *Annales des Maladies vénériennes*, avril 1923, n° 4, p. 287.

515. Traitement de l'Herpès par les badigeons iodés. *Soc. dermat.*, 17 mai 1923, n° 5, p. 240.

516. Sarcoïde en nappe sclérodermiforme (avec FERNET). *Soc. dermat.*, 17 mai 1913, n° 5, p. 245.

517. ***Réinfection syphilitique après Traitement Bismuthique*** (avec M. FERNET). *Soc. dermat.*, 17 mai 1923, n° 5, p. 247; et *Bruxelles Médical*, 12 juillet 1923, n° 37, p. 860.

518. Direction et Éducation des malades. *Congrès Pasteur*, 25 mai 1923; et *Soc. de Prophylaxie*, 7 juin 1923, n° 4, p. 94.

519. Le certificat médical de mariage. Certificat « prématrimonial » *Congrès Pasteur*, 25 mai 1923, p. 492; et *Revue d'Hygiène et de Prophylaxie sociales*, octobre 1923, p. 295.

520. Traitement d'un syphilitique tolérant et sans tare viscérale. *Les bonnes Formules*, juillet-août-septembre 1923; et *Revue médicochirurgicale des Praticiens*, janvier 1924, n° 4, p. 105.

521. État actuel du Traitement de la lèpre. Étude critique. *IIIe Conférence internationale de la Lèpre*, 30 juillet 1923, p. 331.

522. ***Gommes syphilitiques lipomateuses.*** *Annales des Mal. véner.*, septembre 1923, n° 9, p. 692; et 2e note, Résorption complète de la lipomatose périgommeuse. *Ibidem*, mai 1925, n° 5, p. 349.

523. ***Syphilis gommeuses, ulcéreuses, consécutives à des injections médicamenteuses*** (Contribution à l'étude des syphilides post-traumatiques). *Annales des Mal. vénér.*, octobre 1923, n° 10, p. 784 (2 photos).

524. ***Syphilis primaires retardées.*** Échec des Traitements prophylactiques trop courts, moyen d'y remédier (avec FERNET). *La Médecine*, novembre 1923, p. 150; *Journal des Praticiens*, 29 décembre 1923, n° 52, p. 849; et *Archivos Medicos Franco-Hispano-Americanos*, décembre 1923, p. 533, janvier 1924, n° 1, p. 13.

525. Acide chrysophanique et chrysarobine dans le Traitement des lichens plans et des Lupus érythémateux. *La Revue médicochirurgicale des Praticiens*, novembre 1923, n° 2, p. 35.

526. Assistants et Assistantes d'Hygiène sociale. *Société Prophy.*, 6 novembre 1923, p. 135 et 136, n° 7, décembre 1923, p. 151.

527. Polydispensaire et plan de réorganisation des Hôpitaux et Consultations. Leur importance dans la lutte antivénérienne. *Soc. de Prophylaxie*, 6 décembre 1923, n° 7, p. 153.

1924

528. ***Syphilis demiarsénorésistantes*** : utilité des associations et alternances médicamenteuses dans le traitement des syphilitiques. *Bulletin général de Thérapeutique*, février 1924, p. 49.

529. Surveillance médicale de la prostitution conciliant l'abolitionisme avec la réglementation. *Soc. de Prophylaxie,* mars 1924; *Annales des Maladies vénériennes,* mars 1924, n° 3, p. 182.
530. Les Dermatoses réaction de défense. Conférence aux Amis de la Faculté, mars 1924; *in Revue scientifique* (*Revue Rose*), 27 septembre et 11 octobre 1924, n°s 18 et 19, p. 545 et 585.
531. ***Tuberculoses et nocardoses éléphantiasiques ulcéreuses et fistuleuses.*** *Soc. dermat.,* 10 avril 1924, n° 4, p. 183; et surtout *Presse Médicale,* 22 août 1925, n° 67, p. 1122.
532. La lutte contre les maladies vénériennes (Résumé). *Presse Médicale,* 23 avril 1924, n° 33, p. 685.
533. Les nouvelles médications antisyphilitiques. *La Médecine,* juin 1924.
534. Le Bordet-Wassermann des arseno-résistants (avec Fernet et Peyre). *Soc. dermat.,* 12 juin 1924, p. 294.
535. Nodosités juxta-articulaires syphilitiques des deux genoux chez une Française n'ayant jamais quitté la France (avec Le Coniat). *Société belge de Dermatologie* et *Bruxelles Médical,* 26 juin 1924, n° 59, p. 1037 (une photo).
536. Comparaison des Arsenic, Bismuth, Mercure en syphilithérapie. Les cures plurimédicamenteuses. *Journal des Praticiens,* 5 et 12 juillet 1924, n° 27 et 28, p. 433 et 450.
537. Le ***Bactériophage dans le Traitement des infections cutanées*** (avec M. Édouard Peyre). *Soc. Biologie,* 12 juillet 1924, p. 452; *Soc. dermat.,* 13 novembre 1924, p. 420; *Revue pratique des Maladies des Pays chauds,* février 1925, n° 8, p. 1181.
538. Syphilis arsénorécidivante et arsénorésistante avec exacerbation de l'Éruption à chaque injection d'arsenic (***Réaction de Résistance***). Guérison rapide par le Bismuth (avec P. Fernet). *Annales des Mal. vénériennes,* juillet 1924, n° 7, p. 502.
539. Les ***poussées paradoxales de B. W. positifs*** au cours des Traitements antisyphilitiques intensifs. *Paris Médical,* 11 octobre 1924, n° 41, p. 289.
540. Discussion sur les Bordet-Wassermann. *La Médecine,* novembre 1924, n° 2, p. 85.
541. ***Prurit-lichénien sans lichen cutané*** et formes fruste du Lichen plan. *Soc. dermat.,* 13 novembre 1924; et *Paris Médical,* 21 mars 1925, n° 12, p. 268.
542. Paradoxes et Imperfections de la Réaction de B. W... *Journal des Praticiens,* novembre 1924, n° 48, p. 705.

1925

543. Poussée aiguë de Lupus érythémateux et d'adénite tuberculeuse, après traitement par les sulfates de *terres rares.* Choc hémoclasique provoqué par l'injection de ces préparations. Désensibilisation par injection préparante (avec Blamoutier). *Paris Médical,* 3 janvier 1925, n° 1, p. 36.
544. Conception des ***nævi néoplasies bénignes.*** *Revue Française de Dermatologie et Vénéréologie,* février 1925, n° 2, p. 106.
545. Erythrodermie arsenicale conjugale. *Annales des Maladies vénériennes,* février 1925, n° 2, p. 125.
546. ***Gommes et Ulcérations syphilitiques cyanotiques.*** Gravité et résistance au traitement. Lenteur de cicatrisation. *Annales des Mal. vénér.,* mars 1925, n° 3, p. 161 (2 figures).
547. Ulcérations cyanotiques des syphilitiques (ulcérations non syphilitiques dues à des vascularites syphilitiques donc ***ulcérations parasyphilitiques***). *Annales des Mal. vén.,* mars 1925, n° 3, p. 171 (2 figures).
548 et 549. Traitement local d'un chancre syphilitique infecté. Traitement d'un chancre syphilitique (chez un adulte tolérant). *Bulletin général de Thérapeutique,* mars 1925, n° 3, p. 125 et 126.
550. Sporotrichose et tuberculose associées : ***scrofuloderme sporotrichosique*** et ***sporotrichoses « papulo-nécrotiques »*** (avec Jausion). *Soc. dermat.,* 12 mars 1925, n° 3, p. 118; et *Revue de la tuberculose,* octobre 1925, n° 5, p. 579 (4 figures).
551. ***Purpura angioscléreux prurigineux, avec éléments lichénoïdes*** (avec P. Blum). *Soc. dermat.,* 2 avril 1925, n° 4, p. 161.
552. Valeur diagnostique de la Réaction de Desmoulière (avec Édouard Peyre). *Annales des Mal. vén.,* avril 1925, n° 4, p. 241.

553. Tuberculoses et nocardoses éléphantiasiques buccales. Société de Stomatologie, 27 avril 1925, in *Revue de Stomatologie*, t. XXVII, n° 6, janvier 1925, p. 585.
554. Traitement des végétations vénériennes par le formol. *Bulletin général de Thérapeutique*, avril 1925, n° 4, p. 178.
555. Les accidents des injections musculaires antisyphilitiques. *Journal des Praticiens*, 13 juin 1925, n° 24, p. 385.
556. Maladies vénériennes. Leçons faites au *Cours d'Hygiène*, de Léon Bernard et Debré (Masson Éditeur) [remis en 1925 paru en 1927].
557. Pseudo paralysie générale chez les tabétiques. Guérison ou amélioration et fixation par le traitement antisyphilitique. — ***Fréquence des psychopathies simulant la P. G. P. chez les tabétiques*** (avec Pierre Kahn, J. Meyer et Weill Spire) *Soc. dermat.*, 9 juillet 1925, n° 7, p. 317; et surtout *Annales des mal. vén.*, février 1926, n° 2. p. 107.
558. Importance du « Service social » en Belgique. *Soc. Prophylaxie*, 2 juillet 1925, p. 86.
559. Faillite de l'Essai abolitioniste Bruxellois, retour à la néoréglementation médicale. *Soc. Prophylaxie*, 2 juillet, 1925, p. 89.
560. Etat actuel du traitement mercuriel. *Bulletin général de Thérapeutique*, août. septembre 1925, n° 7, p. 294, octobre 1925, n° 8, p. 373.
561. Multiplicité pathogénique des ulcérations des syphilitiques. *Revue pratique des Maladies des Pays chauds* , octobre 1925, n° 6, p. 245.
562. ***Guérison d'un cas de Pityriasis rubra pilaris après injection de vaccin antituberculeux de Vaudremer.*** *Soc. dermat.*, 12 novembre 1925, n° 8, p. 374.
563. ***Insuffisance progressive et atrophie des glandes salivaires et muqueuses de la bouche, des conjonctives,*** etc, *Soc. dermat.*, 12 novembre 1925, n° 8, p. 376; et surtout, *Bulletin Médical*, 24 et 27 mars 1926, n° 13, p. 360.
564. Pathogénie et Traitement des accidents de l'arsénothérapie. *Journal des Praticiens* 7 et 14, novembre 1925, n°s 45 et 46, p. 787 et 754.
565. ***Hypoépinéphrie et dysinsulisme*** (avec E. Peyre). *Soc. Biologie*, 14 avril 1925, fréquence de l'Origine syphilitique, *Soc. dermat.*, 14 janvier 1926, n° 1, p. 12: *Révista dermatologica argentina*, in numéro spécial en hommage al Prof. A Berastuny. 1925-1926, t. XI, p. 59.
566. Un deuxième cas de ***Dermatose lichenoïde purpurique et pigmentée*** (avec Paul Blum). *Soc. dermat.*, 10 décembre 1925, n° 9, p. 433.
567. ***Stomatite végétante préépithéliomateuse***, regression par le 914, récidive et dégénerescence cancéreuse d'un îlot leucokératosique : *Soc. dermat.*, 10 décembre 1925, n° 9, p. 454; et surtout *Presse médicale*, 8 mai 1926, n° 37, p. 577 (2 photos).
568. Syphilis cérébrale. *Nouveau traité de Médecine*, 1925, t. XIX, p. 581 à 663 (5 figures).
569. Tratamiento préventivo da heredo syphylis antes e dorante a gravidez. *Revue médicale universelle*, décembre 1925, n° 9. p. 3.
570. El tratamiento de la Hérédosifilis después del naciento *Archivos médicos franco hispano américanos*. décembre 1925, n° 10, p. 752.

1926

571. ***Tuberculose sous-cutanée massive fibreuse et fistuleuse. Sarcoïde sous-cutanée massive fibreuse.*** *Soc dermat.*, 14 janvier 1926, n° 17, p. 8 et p. 10; et surtout *Paris médical*, 24 juillet 1926, n° 30, p. 73 (2 photos).
572. Traitement local de la Gomme syphilitique : ablation du bourbillon. *Bulletin général de Thérapeutique*, n° 1, p. 8, janvier 1926.
573. ***Polysensibilisation alimentaire eczématigène après intoxication arsénobenzolique.*** — Poussée d'eczéma d'origine alimentaire après érythrodermie arsenicale. *Journal des Praticiens*, 6 février 1926, n° 6, p. 81.
574. Nouveaux traitements du psoriasis, ultraviolets, insuline. *Bulletin général de Thérapeutique*, février 1926, n° 2, p. 52.
575. ***Polyintolérance aux antisyphilitiques.*** Syphilitiques polyintolérants au mercure, arsenic, bismuth. *Paris Médical*, 6 mars 1916, n° 10, p. 220.

576. ***Dermatite lichénoïde et purpurique innominée.*** (avec Fatou). *Soc. dermat.*, 11 mars 1926, n° 3, p. 188.
577. ***Parakératose brillante.*** *Soc. dermat.*, 11 mars 1926, n° 3, p. 190.
578. Lichen plan. Echec de la Radiothérapie (avec Filliol). *Soc. dermat.*, 11 mars 1926, n° 3, p. 191.
579. Nœvi épidermohypertrophiques des mains et des pieds (3 figures) (avec Joannon). *Revue française de Dermatologie et Vénéréologie*, mars 1926, n° 3, p. 170.
580. Tuberculose fongueuse sarcomatiforme (1 photo) (avec Léon Lévy). *Revue française de Dermatologie et Vénéréologie*, avril 1926, n° 4, p. 228.
581. Tuberculides papulosquameuses atrophiques (avec P. Fernet). *Soc. dermat.*, 15 avril, 1926, n° 4, p. 338.
582. Syphilitic chancres retarted spontaneously or by antisyphilitic treatment. *The Urological cutaneous Review*, mai 1926, p. 287; et *Soc. française de dermat. et syph.*, 8 juillet 1926, n° 7, p. 461.
583. Gomme osseuse post-traumatique de la tête de l'humérus pendant un arrêt du traitement au cours d'une syphilis cérébrale (avec Gilson) *Revue française de Dermatologie et Vénéréologie*, n° 5, mai 1926, p. 191 (1 Radio).
584. Lupus vulgaire ayant subi une poussée extensive à la suite d'un érysipèle (avec Filliol). *Soc. dermat.*, 20 mars 1926, n° 5, p. 383; et Lupus aggravé à trois reprises par un érysipèle facial (avec Filliol). *Soc. dermat.*, juillet 1927, n° 7, p. 430.
585. Surveillance et traitement des syphilitiques latents récents (Syphilis secondaire latente). Traitements de consolidation. *Journal des Praticiens*, 5 Juin 1926, n° 23, p. 369.
586. ***Proteinopronostic et Proteinothérapie*** de la Syphilis. (Avec E. Peyre). *Soc. Biol.*, (non publié) mentionnée dans Presse médicale 19 Mai 1926, et *La médecine*, n° 3 bis, décembre 1926, p. 21. publié *in extenso* dans *Monde médical*, 1 Décembre 1927, n° 720, p. 969. 1 Février 1928, n° 724, p. 65.
587. Réactions de BW, irréductiblement positives malgré des cures intensives avec des oscillations de Réactions négatives de cause inconnue (avec E. Peyre). *Annales des mal. vénér.*, juin 1926, n° 6, p. 412.
588. BW tantôt négatifs, tantôt positifs, oscillants, à longues périodes, malgré la continuation du traitement (avec E. Peyre). *Annales des mal. vénér.*, juillet 1926, n° 7, p. 485.
589. Surveillance et traitement des syphilitiques latents anciens (syphilis tertiaire latente) critères de guérison de la syphilis et « traitement d'assurance contre la maladie » *Journal des Praticiens*, 14 Août 1926, n° 33, p. 545.
590. Traitement d'attaque de la syphilis. Première période des Traitements antisyphilitiques, *Bulletin général de Thérapeutique*, Août 1926, n° 8, p. 338.
591. Oscillations positives du BW chez des malades ayant un BW négatif au cours des traitements antisyphilitiques intenses. (Avec Peyre). *Annales des mal. vénér.*, septembre 1926, n° 9, p. 661.
592. ***Forme atypiques non papuleuses du lichen plan.*** Prurit lichenien sans éruption. Formes érythémateuses et érythémato-squameuses sans papules. — Glossodynie et névralgies muqueuses sans lichen muqueux *Journal des Praticiens*, 25 septembre et 2 Octobre 1926, n° 39 et 40, p. 644 et 658. Lichen plan érythémateux et érythématosquameux atypique (non papuleux) (Avec Ducourtioux et M[lle] Tisserand). *Soc. dermat.*, 18 novembre 1926, n° 8, p. 611.
593. Traitement chirurgical de la gangrène massive par injection artérielle de Bismuth (avec Jean Quenu). *Annales des mal. vénér.*, octobre 1926, n° 10, p. 741.
594. État actuel do la question : Tuberculoses cutanées, tuberculides, tuberculoïde, (Résumé), *La médecine*, novembre 1926.
595. Tuberculides papuleuses conglomérées avec ponctuations squamo-croûteuses cicatricielles dessinant un réseau atrophique (avec Ducourtioux et Lotte). *Soc. dermat.*, 18 novembre 1926, n° 8, p. 613.
596. Vitiligo généralisé chez un nègre (avec Martin et Mansion). *Paris médical*, 27 novembre 1926, n° 48, p. 432, (2 photos).
597. ***Anaphylaxie à l'arnica*** : Dermite artificielle vésiculo-bulleuse par la teinture d'ar-

nica, choc hémoclasique déclenché par cutiréaction (avec LOTTE). *Revue française de dermat. et vénéréologie.*, novembre, 1926, n° 11, p. 554, (2 photos).

598. ***Traitement des accidents précoces de l'Arsenic par l'Eosinate de Césium.*** (avec BERTILLON). *Soc. dermat.*, 9 décembre 1926, n° 9, p. 693, et mentionné dans *La médecine*, novembre 1626. p. 86, n° 3 *bis*, décembre 1926, p. 17. *La dermatologie*, 4e édit., p. 276.

599. Pityasis rosé de Gibert débutant autour de pustules vaccinales (avec FILLIOL). *Soc. dermat.*, 9 décembre 1926, n° 9, p. 638.

600. Syphilis gommeuse post-traumatique après morsure de chien (avec FILLIOL). *Soc. dermat.*, 9 décembre 1626, n° 9, p. 688.

601. Syphilis gommeuse post-traumatique après une injection sous-cutanée de caféine (avec FILLIOL). *Soc. dermat.*, 9 décembre 1926, n° 9, p. 689.

602. ***Ulcères gastriques et duodénaux syphilitiques et parasyphilitiques,*** mentionné in *Traitement de la syphilis*, p. 442, 4e édit. *Pages médicales*, décembre 1926, n° 67, p. 7, et *Prensa medica* (du Pérou), juillet 1927, n° 3, p. 81, pnblié dans *Journal des Praticiens*, 27 août 1927, n° 35, p. 544.

1927

603. ***Forme nouvelle érythémato-squameuse et fissuraire des acrodermatites d'Hallopeau.*** *Paris médical*, 15 janvier 1927, n° 3, p. 69.

604. Traitement de consolidation de la syphilis, 2e période du traitement. *Bulletin général de Thérapeutique*, n° 1, janvier 1927, p. 1.

605. Nuevos nociones sobre la évolucion de la sifilis y consecuencias tirapeuticas. *Archivos medicos franco hispano americanos*, janvier, 1927, n° 1, p. 28, février 1927; n° 2, p. 106, mars 1927, n° 3, p. 136.

606. Deux cas d'Erythème induré de Bazin : le premier géant, le deuxième nain, tous deux avec tuberculides papulonécrotiques superposées, (avec FILLIOL). *Soc. dermat.*, 10 février 1927, n° 2, p. 83, et *Revue française de Dermatologie et Vénéréologie*, janvier 1928, n° 1, p. 13.

607. Apparition simultanée d'un zona thoracique gauche, et d'une paralysie du VII puis des III, IV, VI nerfs gauches; chez un tuberculeux syphilitique tabétique. ***Éveil d'une syphilis latente par le zona*** (avec MM. FILLIOL et MERKLEN). *Soc. dermat.*, 10 février 1927, n° 2, p. 84.

608. ***Syphilis viscérale éveillée par une infection aiguë; processus aigu mixte, puis processus chronique mixte ou syphilitique.*** *Paris médical*, 5 mars 1927.

609. ***Forme verruqueuse de la mélanose de Riehl.*** *Soc. dermat.*, 10 mars 1927, n° 3; p. 149.

610. Le complexe du pied. *Pages Médicales parisiennes*, mars 1927, n° 7, p. 9.

611. Chéloïde et syphilis (avec RENÉ COHEN.) *Revue française de Dermat. et Vénéréologie*, mars 1927, n° 3, p. 122, (2 photos).

612. Troisième période du traitement de la Syphilis. Traitement « d'assurance contre la Maladie » *Bulletin général de Thérapeutique*, avril 1927, n° 4, p. 145.

613. Nœvus blanc fibreux cicatriciel à bordure angiomateuse (avec MM. GEORGES KÜSS et FILLIOL). *Soc. dermat.*, 7 avril 1727, n° 4, p. 233.

614. ***Malariathérapie préventive de syphilis nerveuses.*** *Soc. dermat.*, 7 avril 1927, n° 4, p. 234. Malaria spontanée préventive impuissante et malariathérapie guérissant une P. G. P. 10 novembre 1927, n° 8, p. 715. Et surtout *Paris médical*, 3 mars 1928, n° 9, p. 198.

615. Sifilis terciarizada par un tratamiento arsenical incompleto. *La Médecina Argentina*, avril 1927; n° 59, p. 183.

616. Érythromélie de Pick avec *leucokératose lichénienne* linguale et jugale (avec MM. ZIMMERN. L. HUET et F. P. MERKLEN) présentation de malades et *Soc. dermat.*, 12 mai 1927, n° 5, p. 318, et *Revue française de Dermatologie et Vénéréologie*, décembre 1927, n° 12, p. 603 (2 photos).

617. ***Prurigo circiné et rubané*** (avec M. F. P. MERKLEN), présentation de la malade *Soc. dermat.*, 12 mai 1927, n° 5. p. 320, et *Revue française de Dermatologie et Vénéréologie*, 1928.

618. Urticaire par le froid (avec MM. PEYRE, MOUTET et BOURDILLON). Présentation du malade *Soc. dermat.*, 12 mai 1927, n° 5, p. 321.
619. ***Quinide érythémateuse fixe par anaphylaxie à la quinine*** (avec RENÉ COHEN). *Revue pratique des maladies des pays chauds*, mai 1927, n° 5, p. 287.
620. La syphilis guérit-elle? *Journal des Praticiens*, n° 23, 4 juin 1927, p. 369.
621. ***Forme** discontinue **de l'acrodermatite*** d'Hallopeau. Observation I de la thèse de A. Héber-Suffrin. « Aspects atypiques de l'acrodermatite continue d'Hallopeau » p. 27, *Thèse* de Paris, juin 1927, et *Soc. Dermatologie*, 10 nov. n° 8, p. 719.
622. Chancre mou ecthymateux croûteux. *Annales des maladies vénériennes*, juin 1927, n° 6, p. 440.
623. ***Anaphylaxie et sensibilisation* au *Bismuth*** (avec M. PEYRE). *Annales des Mal. vénériennes*, juillet 1927, n° 7, p. 481.
624. Les ***Formes atténuées localisées fixées curables de la Lèpre***. *Revue pratique des maladies des pays chauds*, octobre 1927, n° 10, p. 501.
625. Traitement général des Tuberculoses et Tuberculides cutanées, *Bulletin général de Thérapeutique*, octobre 1927, n° 8, p. 337.
626. ***Papillomatose pigmentée réticulée innominée*** (avec CARTEAUD). *Soc. dermat.*, 10 novembre 1927, n° 8, p. 719 et 8 mars 1928 n° 3, p. 230.
627. Douleurs des tabétiques « guéris ». Importance des causes congestionnantes et irritatives, *Journal des Praticiens*, 23 novembre 1927, n° 47 *bis*, p. 769.
628. Cancers et syphilis. *Soc. prophylaxie*, 1er décembre 1928, n° 5-6, p. 161.
629. Granulome vénérien français ou phagedenisme de Mac Léod-Donovan (avec BERTILLON, PEYRE et ALICE ROQUES). *Revue pratique des maladies des pays chauds*, 1er décembre 1927, n° 12, p. 603, 2 figures.

1928

630. Lichen plan et Radiothérapie (avec ZIMMERN et CARTEAUD). *Soc. dermat.*, 12 janvier 1928, n° 1, p. 12.
631. Formes atypiques sèches de la dyshidrose. *Gazette médicale de France*, 15 janvier 1928, n° 1, p. 4.
632. Tuberculides « Pernio » en nappes et Xanthome dans les mêmes lésions : hypercholestérinémie défensive et curative. *Paris Médical*, 21 janvier 1928, n° 3, p. 64.
633. Traitement des ulcérations douloureuses. *Journal des Praticiens*, 28 janvier 1928, n° 4, p. 49.
634. Les formes atypiques des Dermatoses. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 février 1928, p. 81.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

SPOROTRICHOSES

Les Sporotrichoses, infections communes à l'homme et aux animaux, dues à divers champignons du genre *Sporotrichum* : *Sp. Schenkii*, *Sp. Beurmanni*, *Sp. Gougeroti*, *Sp. Jeanselmei*, etc., et en France surtout au *Sp. Beurmanni*, ont une importance doctrinale et pratique, pronostique et thérapeutique reconnue de tous.

« Maintes et maintes fois, disait le professeur L. Landouzy dans une de ses Cliniques, j'ai insisté, dans ces leçons, sur les conséquences funestes de la méconnaissance des formes frustes ou larvées de la syphilis, de la paralysie générale commençante, du tabes, des bacillo-tuberculoses, du myxœdème, que nul n'a le droit d'ignorer quand il prétend pratiquer la médecine. Pour appuyer mon dire, je ne puis prendre de meilleur exemple que ce cas de sporotrichose qui s'est présenté à notre consultation, la bonne femme, qui en était atteinte, se décidant à consulter après des semaines de douleurs et de « plaies » que rien ne soulageait.

« Cette maladie était, avant les travaux de De Beurmann et Gougerot, confondue soit avec la tuberculose, soit avec la syphilis; le malade supportait toutes les funestes conséquences d'un diagnostic erroné, d'un pronostic faussé, d'un traitement inopportunément ordonnancé.

« Pris pour un tuberculeux, on condamnait le sporotrichosique au repos prolongé et, trop souvent, à la suralimentation; on essayait, mais sans grande conviction, des topiques locaux, et, voyant les plus énergiques échouer, on s'en remettait à la *Natura medicatrix* pour guérir le malade; la maladie s'aggravait lentement... Si, par hasard, le patient guérissait à la suite de médications dont les iodotanniques avaient fait les frais, on gardait toute espèce de réserves pour son avenir; on avait toutes difficultés à ne pas le voir promis à d'autres manifestations bacillaires.

« Pris pour un syphilitique, traité par le mercure, le sporotrichosique voyait sa maladie se prolonger et s'aggraver, heureux si, revenant à la vieille pratique d'associer l'iodure au mercure, le médecin voyait les gommes guérir; mais le patient restait justiciable de toutes réserves pronostiques, puisque la syphilis, qui semblait l'avoir atteint dans le passé, le menaçait dans l'avenir.

« Or, savoir dépister et reconnaître, sous l'un quelconque de ses aspects, la sporotrichose, c'est la guérir, puisque l'on possède un traitement quasi-spécifique, le traitement iodo-ioduré; c'est rassurer le malade sur son avenir, puisque, sauf exception, la sporotrichose est une affection bénigne.

« On voit de suite quels services nous ont rendus MM. de Beurmann et Gougerot en individualisant cette mycose, en nous apprenant à reconnaître cliniquement, grâce à une série de signes qu'ils ont minuticusement groupés; en nous donnant la méthode de diagnostic simple et rapide de la culture à froid qui porte si justement leur nom. Gougerot perfectionnait encore, par l'artifice de la coulée de pus sur le verre sec, cette technique qui permet un diagnostic précoce dès le troisième jour, souvent dès le second jour. Widal et Abrami, en découvrant le sérodiagnostic sporotrichosique, dotaient la clinique d'une méthode de diagnostic immédiat. Le diagnostic clinique et bactériologique de la sporotrichose se trouvait mis ainsi à la portée de tout le monde...

« Méconnaître une sporotrichose, c'est, pendant des trimestres et des semestres, laisser dans la souffrance et dans l'inactivité; c'est garder à l'hôpital un ouvrier, père et soutien de famille; c'est le mettre, lui et sa famille, à la charge de la collectivité, alors qu'un diagnostic exact le guérirait en un à deux mois et le rendrait à la vie commune. Mal diagnostiquer, mal pronostiquer et inopportunément traiter nos malades, songez-y, c'est encore nous exposer à ce que : par notre insuffisance, un dommage ayant été commis vis-à-vis de l'individu, la famille, la Société s'en prennent au médecin du dommage, matériel toujours, moral souvent, dont le praticien aura été l'occasion... » (*La Presse Médicale*, 6 novembre 1909, p. 785).

On sait que le *Sp. Schenckii* fut individualisé par Schenck aux États-Unis en 1898 et que le *Sp. Beurmanni* fut découvert à Paris en 1903 par de Beurmann et Ramond et identifié en 1905 par Matruchot et Ramond : ces auteurs en publièrent la première observation complète et montrèrent l'efficacité du traitement ioduré.

La plupart de nos travaux poursuivis en collaboration avec M. de Beurmann ont été réunis dans notre livre *Les Sporotrichoses*.

1er Mémoire de 1906. — « Jusqu'en 1906, la sporotrichose était restée méconnue, disions-nous avec M. de Beurmann; l'observation princeps de de Beurmann et Ramond en 1903 avait injustement passé inaperçue et « c'est de « notre premier mémoire (46) paru dans les *Annales de dermatologie et de « syphiligraphie*, en 1906, que datent la notion de leur fréquence et l'essor « que prend leur étude. » Ce travail, basé sur deux observations nouvelles, se complétait bientôt d'une étude diagnostique et d'une étude comparative de la sporotrichose et des mycoses voisines; il montrait la fréquence de la sporotrichose : il individualisait la plus fréquente de ses formes cliniques, la sporotrichose gommeuse disséminée, et décrivait ses trois aspects cliniques; il séparait cette mycose de la syphilis, avec laquelle on l'avait jusqu'alors confondue. Nous indiquions déjà dans ce premier mémoire les nuances qui pouvaient faire soupçonner la sporotrichose et qui, chez notre troisième malade, nous avaient permis d'affirmer cliniquement le diagnostic de sporotrichose à la consultation de l'hôpital Saint-Louis; nous réglions la technique si simple de la culture à froid sur gélose glycosée peptonée de Sabouraud sans capuchonner les tubes, procédé diagnostique aujourd'hui classique et partout adopté; cette épreuve est si simple qu'elle peut être faite dans une salle d'hôpital ou dans le cabinet de consultation du médecin et ne demande que quelques minutes. Nous insistions sur ce fait que la culture est le seul procédé pratique (le séro-diagnostic de Widal était alors inconnu), que la recherche du parasite dans les frottis de pus ainsi que les inoculations sont aléatoires.

Nous complétions la description parasitologique et morphologique du champignon que Matruchot et Ramond avaient si bien précisée, nous étudiions sa structure fine, sa sporulation, ses chlamydospores, etc., nous inventions la « *technique des lames sèches* », procédé si commode pour l'identification et pour l'étude microscopique des parasites, nous indiquions les principaux caractères biologiques de ses cultures. Nous discutions la classification botanique et l'autonomie des *Sporotrichum*, champignons filamenteux à spores externes, auxquels l'absence de forme parfaite de reproduction ne permet pas de donner une place définitive dans la flore botannique; mais nous insistions sur ce fait que le *Sporotrichum Beurmanni* est un parasite « déterminé par des caractères précis et toujours identiques à eux-mêmes, créant des lésions du même ordre ».

Nous donnions, en nous inspirant de l'enseignement histologique de notre maître et ami Dominici, la description anatomique et histologique de la gomme hypodermique. Nous dégagions la formule histologique des sporotrichomes nodulaires, leur ordination en trois zones : micro-abcès central à polynucléaires et à macrophages, zone épithélioïde et giganto-cellulaire moyenne, zone lympho-

conjonctive ou fibro-cellulaire externe et nous insistions sur le mélange si caractéristique de ces trois réactions : ecthymatiforme, tuberculoïde, syphiloïde. Nous donnions la formule cytologique du pus sporotrichosique, polynucléaires et macrophages souvent peu avariés, et nous décrivions la forme courte oblongue que prend le parasite dans les lésions humaines et expérimentales, montrant qu'il ne s'agit pas d'une spore, comme l'avaient cru les auteurs américains pour le *Sporotrichum Schenckii*, mais d'une forme courte mycélienne adaptée à la vie parasitaire.


Sporotrichose gommeuse tuberculoïde disséminée.

Nos observations étaient contrôlées et confirmées par l'expérimentation : nous citions, en effet, les premières inoculations au rat et les deux premiers cas de *reproduction de gommes sous-cutanées métastatiques* généralisées obtenues chez le cobaye nouveau-né par l'inoculation sous-cutanée de cultures pures; la constatation des formes parasitaires dans les tissus et les rétrocultures ne laissaient aucun doute sur l'authenticité de ces lésions. Ces sporotrichoses expérimentales étaient d'importance capitale, car non seulement elles prouvaient la virulence du germe retiré des lésions humaines, mais elles reproduisaient la maladie humaine, caractérisée par des gommes sous-cutanées, d'abord indurées, puis secondairement abcédées. Résumant cette étude expérimentale, nous insistions sur la faible virulence du *Sporotrichum Beurmanni*.

Nous nous attachions à l'étude du problème pathogénique et étiologique; nous en posions les principaux points et nous résolvions plusieurs d'entre eux. La porte d'entrée nous échappait, mais par toute une série de cultures sur les milieux végétaux naturels et sur les insectes, nous affirmions le saprophytisme du *Sporotrichum Beurmanni* dans la nature et nous énumérions les nombreux intermédiaires qui devaient transmettre la mycose à l'homme : débris végétaux, graines, fruits, etc..., nous prouvions la possibilité de la porte d'entrée cutanée, en obtenant chez deux cobayes nouveau-nés, par inoculation sous-cutanée de

cultures pures, la gomme métastatique qui reproduit la maladie humaine. Nous concluions que le germe « *se rencontre dans le milieu ambiant où il vit en saprophyte, qu'il est inoculé par l'intermédiaire des végétaux et des animaux et qu'il se dissémine ultérieurement dans l'organisme par la voie artérielle.* » Nous prouvions expérimentalement la possibilité du saprophytisme sur la peau et dans les cavités muqueuses, et guidés par ces faits expérimentaux, nous suspections déjà l'infection par la voie gastro-intestinale alimentaire, c'est-à-dire l'inoculation de *Sporotrichum* déglutis avec des matières végétales parasitées, fait que nous avons démontré en 1907.

Enfin nous confirmions les excellents effets du *traitement ioduré général* et nous recommandions le traitement *iodo-ioduré local.* Nous soulignions la nécessité de prolonger le traitement après la guérison clinique apparente pour éviter les rechutes. Nous insistions enfin sur *l'importance capitale pronostique et thérapeutique* du diagnostic de Sporotrichose qui délivre les malades de la suspicion et de la menace de deux maladies très graves, la syphilis et la tuberculose.

En résumé, ce premier mémoire séparait « du groupe des gommes et des abcès sous-cutanés multiples une des principales formes des sporotrichoses et rien ne manquait à cette individualisation, même pas la reproduction expérimentale ».

Notre premier mémoire 1906 était immédiatement complété par une étude comparative de la sporotrichose, et des mycoses voisines (56) et par une étude diagnostique avec parallèle clinique, diagnostique, bactériologique, anatomique et histologique pronostique et thérapeutique de cette mycose et de la syphilis (57).

Nos premiers travaux de 1906 embrassaient donc l'ensemble des Sporotrichoses et comprenaient leur étude clinique et diagnostique, botanique et parasitologique, anatomique et histologique, expérimentale, étiologique et pathogénique, pronostique et thérapeutique.

Peu après nous présentions les malades à la Société de dermatologie (53, 54) et nous décrivions en détails les premiers cas de *gros abcès* et de *lymphangite sporotrichosiques*, de *sporotrichoside dermique*, (55, 1907) qui « simulent l'ecthyma et souvent ressemblent plus ou moins à la syphilis papulo-crustacée, voire même aux tuberculides papulo-squameuses ou à l'érythème induré de Bazin ulcéré. » Et nous en faisions une étude histologique complète montrant les différences avec la gomme ordonnée en 3 zônes ; on retrouve les trois mêmes réactions mais irrégulièrement disséminées. Cette observations individualisait la *forme mixte de la Sporotrichose*.

Le 7 mars 1907, à la même Société, nous décrivions, en présentant une

quatrième malade, le *premier cas de sporotrichose gommeuse ulcéreuse*. (58, 1907) et chez cette quatrième malade nous notions des gommes sporotrichosique du sein (58, 62).

« Ces premières études ont été confirmées par tous les auteurs. » Elles fondaient sur des preuves irréfutables l'autonomie des sporotrichoses : — cultures pures de lésions fermées, donnant chez tous les malades, dans toutes les lésions, à plusieurs jours d'intervalle et sur tous les ensemencements, toujours le même parasite, — présence dans les lésions de la forme courte du parasite; — formule histologique spéciale; — reproduction expérimentale de la gomme métastatique; — guérison rapide par le traitemeni ioduré. Aujourd'hui ces preuves sont incontestées, mais il était alors nécessaire de les rassembler pour forcer l'incrédulité générale. .

1907. — A la suite de ces quatre premiers cas de sporotrichose, les observations ne tardèrent pas à s'accumuler en France et à l'étranger.

Le 8 avril, à la *Société de Dermatologie* (61), et le 12 avril 1907 à la *Société médicale des Hôpitaux* (61), nous présentions un sixième malade, *premier cas de sporotrichose gommeuse ulcéreuse syphiloïde* ou *ecthyma sporotrichosique*; le 2 mai 1907 nous le remontrions (63) faisant une récidive parce qu'il n'avait pas continué le traitement ioduré et cette récidive était une lymphangite gommeuse ascendante du bras dont le point de départ était une gomme de la main, lymphangite secondaire associée à la forme disséminé « septicémique »

Ce malade n° VI, fut encore (67-1909) le premier cas de *sporotrichosides muqueuses ulcéreuses* et d'*angine sporotrichosique*; il donnait la démonstration *in vivo* du saprophytisme du *Sporotrichum Beurmanni* sur les muqueuses.

Notre observation n° XII (69-1907). « Chancre sporotrichosique frontal et sporotrichose lymphangitique centripète, » est le *premier exemple de chancre sporotrichosique et de sporotrichose verruqueuse avec lymphangite primitive*, le *premier exemple d'épidermites pityriasiformes et eczématiformes* dues au *Sporotrichum Beurmanni*. Cette observation fut encore l'occasion d'étude histologique des verrucomes sporotrichosiques, de la découverte du parasite dans les squames et de l'autoculture du pus.

Notre cas n° XI, gomme sporotrichosique unique, musculaire, était due à un *Sporotrichum* que Matruchot appellera, plus tard, *Sporotrichum Gougeroti*, et nous étudions les associations de la sporotrichose et de la tuberculose.

Le 26 juillet, nous présentions à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris* le « Treizième cas de *Sporotrichose* », premier cas de « *Sporotrichose localisée du bras. Lymphangite gommeuse ascendante* », sans chancre porte

d'entrée, évoluant depuis deux ans : le dernier abcès eut une évolution « chaude » aiguë.

Notre deuxième mémoire (74), paru en août, septembre, octobre, novembre **1907** dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, donnait la description clinique des formes tuberculoïdes et développait l'**anatomie pathologique** des lésions. Il complétait l'étude de la gomme faite dans notre premier mémoire de 1906, il en décrivait les formes nodulaires et diffuses, il



Chancre sporotrichosique du front, au-dessous abcès sous-cicatriciel, prolongé par deux traînées lymphangitiques droite et gauche. De la gauche on ne voit sur la photographie que les deux nodules de la partie externe de la paupière supérieure; la droite apparaît nettement, à la partie inférieure saille un placard verruqueux jugoparotidien.

suivait stade par stade l'évolution des lésions, il en sériait l'histogenèse, il en faisait la comparaison avec les autres processus inflammatoires chroniques : tuberculeux, syphilitiques, coccicns; il apportait une importante contribution à l'anatomie patologique générale des infections; en effet, le processus mycosique, progressant lentement et n'allant pas jusqu'à la nécrose, permet de refaire toute l'histoire de l'inflammation chronique, de retrouver tous les stades intermédiaires entre le tissu commençant à réagir et les infiltrats adultes : vascularites, artérites, phlébites, capillarites folliculaires et giganto-cellulaires. Cette étude histologique éclaire et rénove l'histogenèse générale du follicule et de la

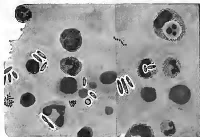
cellule géante; elle montre qu'il existe toutes les transitions entre les processus nodulaires (pseudo-tuberculoses) et elle explique l'origine de plusieurs erreurs anciennes. Elle prouve une fois de plus qu'il n'y a pas de spécificité anatomique, mais seulement une formule « spéciale », habituelle à tel ou tel processus... Au point de vue de l'anatomie pathologique spéciale des maladies à champignons, nos mémoires permettaient d'individualiser une formule commune à tout un groupe de mycoses; en effet Gougerot et Caraven la retrouvent



Traînée lymphangitique gommeuse droite, le placard jugoparotidien est peu net, perdu dans l'ombre; sur le front on voit l'entamure et les bords papillomateux du chancre sporotrichosique.

dans l'Hémisporose, Queyrat et Laroche dans la Parendomycose (ex-blastomycose), de Beurmann, Gougerot et Vaucher, dans une nouvelle mycose, l'Oïdiomycose (ex-blastomycose). Elle peut être reconnue dans les observations de Saccharomycose de Buschke, dans les protocoles de certains cas de Trichophyties profondes nodulaires de Maïocchi; Darier et Hallé l'ont signalée récemment dans des nodules intra-dermiques de Favus. Nos expériences de contrôle et l'étude des « nodules par corps étrangers », poursuivies avec Vaucher (144), ont montré que cette formule à trois zones du mycome n'est pas spécifique, puisqu'elle est celle des nodules de résorption des corps étrangers... Les brefs protocoles publiés par les auteurs n'ont fait que confirmer nos descriptions anatomiques.

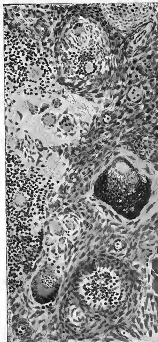
Notre troisième mémoire (80), présenté au *Congrès français de Médecine* de Paris (14-16 octobre 1907) et publié dans la *Tribune médicale* du 2 novembre 1907, contient l'étude d'ensemble de l'**Étiologie et de la pathogégie** des Sporotrichoses : il insiste sur le saprophytisme du *Sporotrichum* dans la nature et sur la résistance du germe aux agents extérieurs. La découverte des *Sporotrichum Beurmanni* sauvages dans les Alpes françaises, en 1908, (127) en donnera la démonstration complète et montrera que, d'abord avirulents, ces échantillons sauvages acquièrent par passage sur le rat une virulence au moins égale à celle des *Sporotrichum* humains. Il indique les divers modes d'infection et la



Sporotrichoside muqueuse ulcéreuse. Coloration de Dominici. Oculaire 8. Objectif immersion, 1/15.
Polynucléaires, macrophages avariés, débris cellulaires; formes oblongues du Sporotrichum extrêmement nombreuses, claires, granuleuses, entourées d'une auréole transparente, caractéristiques; près du centre, une forme sphérique; en bas et à gauche, une division probable; quelques cocci associés.

multiplicité des agents intermédiaires : l'inoculation peut être cutanée, comme le démontrent plusieurs cas cliniques et expérimentaux (une inoculation accidentelle chez l'homme, rapportée avec Sicard (111), a confirmé ce fait); l'inoculation peut être muqueuse et d'origine alimentaire : ce mode d'introduction a été démontré par toute une série d'expériences *in vivo* et *in vitro*; l'inoculation, cutanée ou muqueuse, peut se faire sans solution de continuité. Notre troisième mémoire étudiait enfin la marche de l'infection et ses voies de dissémination artérielle ou lymphatique. Ce travail se complétait de plusieurs notes parues en 1907, 1908, 1909, qui démontraient, entre autres faits, l'importance du saprophytisme du *Sporotrichum* sur les muqueuses et des porteurs de germes dans l'étiologie, dans la prophylaxie et dans la thérapeutique et qui prouvaient l'importance de la sensibilisation et de l'anaphylaxie sporotrichosique (84). Il n'y a donc pas seulement, pour expliquer la pullulation du *Sporotrichum*

Beurmanni, germe de virulence habituellement faible, un amoindrissement de la résistance du terrain et une augmentation de la virulence du germe, — adaptation du germe au milieu, — mais encore, et surtout, une sensibilisation du terrain par les toxines du champignon vivant en saprophyte, véritable adaptation du milieu au germe.



Sporotrichose nodulaire dermique.

Notre quatrième mémoire, en collaboration avec De Beurmann et Vaucher, résume l'étude expérimentale des sporotrichoses. Il débute par une note signalant nos expériences, présentée à la Société des hôpitaux le 11 octobre et au *Congrès français de Médecine* de Paris, le 14 octobre 1907 (76 et 77). Il a été publié par chapitres successifs à la *Société médicale des Hôpitaux* de Paris pendant les années 1907 et 1908 (76, 77, 18, 82, 85, 100, 101, 118) et à la *Société de Biologie* en 1909. Il étudie les sporotrichoses du cobaye, du lapin, du singe et surtout celles du rat, du chat et du chien au point de vue macroscopique et microscopique. « Non seulement nous avons pu démontrer la virulence du parasite et reproduire les *formes cutanées*, les seules connues en 1906, apportant ainsi des preuves de l'existence des sporotrichoses humaines, mais surtout nous reproduisions toute une série de formes muqueuses, osseuses, articulaires, synoviales, viscérales ; nous obtenions toutes les variétés de formes aiguës (granulies) subaiguës (abcès) et chroniques (gommes, etc.), toutes les modalités des ostéites, ostéo-arthrites, des cirrhoses du foie, des néphrites, des méningites, des endocardites, des pneumonies et broncho-pneumonies, péritonites nodulaires et caséeuses fibreuses, ascites, splénites, pancréatites, parotidites, etc. Pour montrer l'importance de ces résultats expérimentaux, nous rappellerons simple-

ment que ce sont eux qui ont prouvé l'existence des sporotrichoses profondes, qui les ont annoncées et fait rechercher chez l'homme : c'est à ces travaux qu'est due la découverte chez l'homme des sporotrichoses osseuses par Sicard, Bith et nous-même, etc., celle des synovites, des arthrites, des orchites, des pyélonéphrites sporotrichosiques, etc.

En résumé, alors qu'au début de mars 1907, on ne connaissait que quatre cas de Sporotrichose, à la fin de 1907, malgré le très petit nombre d'auteurs qui consentent à rechercher cette mycose, on ne comptait pas moins de trente observations et dans un article de l'*Ikonographia dermatologica* (97) nous faisions le bilan de ce qu'avec Bruno Bloch on appellera en pays de langue allemande « *die de Beurmann-Gougerot'sche Krankheit* ».

1908. — Dans les mois et années qui suivirent (1908-1911) de nombreux auteurs ont retrouvé les *Sporotrichoses* dans les cinq continents et Widal et Abrami ont fait l'importante découverte du **séro-diagnostic mycosique** (juin 1908) : sporo-agglutination et réaction de fixation. Nous ajoutons des observations confirmatives et des travaux de détails : — coloration des *Sporotrichoses* dans les tissus (98); — avec de Beurmann Ramond et Vaucher diagnostic rétrospectif des sporotrichoses par la sporo-agglutination (108) et par la culture des Sporotrichum restés en saprophyte dans le bucco-pharynx (109); — avec Brissaud et Gy (126), un cas de « *Diagnostic rétrospectif de sporotrichose* fait par la clinique, contrôlé par la sporo-agglutination et la réaction de fixation, affirmé par la culture du *Sporotrichum Beurmanni* resté saprophyte dans le bucco-pharynx ».

C'est en 1908 que parurent les derniers chapitres de notre troisième et de notre quatrième mémoire, en particulier nos études avec Vaucher sur la sporotrichose du rat (100), du chien (107), (septicémie suraiguë; septicémie aiguë terminale; granulie; septicémie généralisée chronique, ostéite, rhinite, néphrites endocardites, abcès aréolaires du foie et de la rate), du lapin (112) (caverne pulmonaire; néphrite et gomme rénale; sporotrichome hypertrophique cœcal, sporotrichose verruqueuse cutanée), sur l'épreuve diagnostique de l'orchite du rat après inoculation intra-péritonale (101-118), notre note sur l'*action de l'iodure de potassium dans la sporotrichose* et surtout notre travail en collaboration avec Vaucher sur l'**hérédo-sporotrichose** expérimentale. (130) : les lésions hérédo-sporotrichosiques ont par leur prédominance hépatopéritonéale, l'aspect vésiculeux pemphigoïde de certaines lésions cutanées, par les gommes, une singulière ressemblance avec l'hérédo-syphilis.

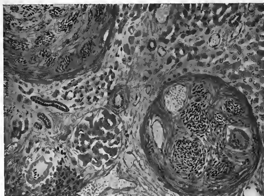
Avec Caraven nous étudions les premiers cas de **Sporotrichose spontanée du chien.** (103) : chez l'un, deux gommes du cou; chez le second gommes cer-



Granulie sporotrichosique généralisée du rat. Le foie, la rate, les anses grêles, etc., sont criblés de granulations fines et serrées. Les granulations sont généralisées à tous les viscères et on peut en découvrir même dans l'hypoderme et le derme.

vicales ganglionnaires, ostéoarthrites tibiotarsiennes donnant par la suite des images du rachitisme; chez un 3°, péritonite granuleuse « pseudo tuberculeuse » et gomme du foie, pancréatite et néphrite.

Notre sixième mémoire, en collaboration avec de Beurmann et Vaucher, (142) allait réunir en 1909 les observations de sporotrichoses osseuses et faire l'étude complète des sporotrichoses ostéo-articulaires expérimentales; il pré-



Cirrhose sporotrichosique du foie, folliculaire.

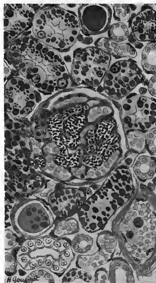
Granulations fibreuses riches en parasites et contenant parfois des follicules et des cellules géantes tuberculoïdes. Sclérose périportale diffuse extra et intralobulaire péricapillaire et monotrabéculaire à tendance monocellulaire ayant détruit l'ordination lobulaire du foie. Les cellules hépatiques dissociées par la sclérose dégénèrent ou réagissent; il y a donc mélange d'hépatite scléreuse et d'hépatite parenchymateuse. Le tissu de cirrhose est parsemé de cellules géantes parasitées et de quelques follicules tuberculoïdes.

voyait la découverte de nouvelles formes que des recherches systématiques devaient bientôt individualiser chez l'homme.

1909. — Avec Blanchetière nous faisions l'étude de la composition chimique, (132) des fermentations et propriétés biologiques du *Sporotrichum Beurmanni*, du *Sporotrichum Schenckii*, du *Sporotrichum Gougeroti*; teneurs en toxines effets sur l'animal des toxines solubles, des toxines insolubles (sporo-éthérine, sporo-chloroformine), des toxines solubilisables (extraits acétiques, alcalins, alcooliques) et des corps microbiens résiduels (157-158-159) :

Nous complétions plusieurs points de ces études :

— Observations comparatives d'abcès froids bactériens (134).



Glomérulo-néphrite sperotrichosique.

Le glemérule tuméfié est enflammé et congestionné, ses capillaires sont beurrés de parasites; tout autour les tubuli concorti sent atteints de néphrite parenchymateuse, dégénérescence granuleuse des épithéliums; les débris cellulaires comblent parfois la lumière du tube (en desseus du glemérule) et s'agglomèrent en cylindre que l'on retrouve dans certaines anses de Henle (bord gauche do la coupe et en haut et à droite du glemérule). Les vaisseaux sont un peu congestionnés. La réaction interstitielle est nulle ou minime, pourtant en un point (à gauche du glomérula) les cellules proliférées ont dissocié deux tubes dégénérés et forment un magma tacheté de granulations protéiques (dessin de Gougerot).

— Sporotrichose expérimentale du chat (137) (avec Vaucher) reproduisant les formes généralisées viscérales des autres animaux, la mammite et surtout la sporotrichose généralisée, gommeuse, sous-cutanée.

— Premier cas d'*abcès chaud sporotrichosiques* et cinquième mémoire, consacré à la *Comparaison des sporotrichoses et des infections cocciennes. Sporotrichose aiguës* et *subaiguës disséminées. Sporotrichose à évolution phlegmasique* (138).

— Sporotrichoses expérimentales torpides chroniques et curables (avec de Beurmann et Vaucher (141).

— Étude d'ensemble (avec de Beurmann Vaucher) sur la *sporotrichose osseuse et ostéo-articulaire*, étude des formes cliniques et radiologiques, étiogiques et pathogéniques comparées (chien), expérimentales, histologiques (sixième mémoire) (142).

— Septième mémoire résumant les formes cliniques (143) et huitième mémoire détaillant le diagnostic (147).

— Premier cas (observation avec de Beurmann et Laroche) *d'acné sporotrichosique* servant de porte d'entrée à une sporotrichose faciale avec lymphangite et adénite (145).

— Sporotrichose et tuberculose osseuses dans les mêmes lésions (chez le singe) avec de Beurmann et Vaucher (146) étude expérimentale confirmant l'observation humaine d'Achard et Ramond.

— Sporotrichose d'origine alimentaire : porte d'entrée bucco-pharyngienne

et gastro-intestinale (149). Étude humaine et expérimentale avec de Beurmann et Vaucher.

— Premier cas (avec Pierre Marie) d'*ostéite sporotrichosique hypertrophiante* primitive du tibia (151), compliquée de *lymphangite* gommeuse *ulcéreuse* ascendante et d'*adénites sporotrichosiques* avec autopsie permettant une étude histologique complète, et la discussion d'une lésion scléreuse des sommets des poumons.

— Étude sur la *sporotrichose cachectisante mortelle*, basée sur les deux observations inédites de Lagoutte et Briau du Creusot (152).

— Premier cas *d'ostéomyélite gommeuse sporotrichosique* avec *abcès intraosseux* du tibia, affirmé par la radiographie, et soulignant l'intérêt chirurgical des sporotrichoses (153) avec de Beurmann et Vernes.

— Observations de Beurmann, Gougerot et Verdun contenant la première mention *d'un cas pityriasis sporotrichosique.*

— *Intra-dermoréaction sporotrichosinique*, (155) avec présentation de moulage à la Société médicale : préparation et dosage de la toxine par la numération; non-spécificité de cette réaction en raison des co-réactions dues à d'autres mycoses ou au simple saprophytisme de levures sur les muqueuses, en collaboration avec de Beurmann, Ravaut et Verdun (156, 176).

— *Sensibilisation* et *anaphylaxie sporotrichosiques* au Congrès de Lille (160).

— Clinique de Landouzy, où nous étudions le premier cas de *pemphigus sporotrichosique.* (*Presse médicale*, 6 novembre 1909.)

En cette même année 1909, la question des sporotrichoses commence à renaître en Amérique du Nord où l'on semblait avoir oublié les deux cas de Schenck et d'Hektœn-Perkins. Grâce au mouvement qu'avait suscité l'heureuse fortune du *Sporotrichum Beurmanni*, des cas nouveaux de sporotrichose chez l'homme et le cheval sont découverts en 1909 et en 1910 aux États-Unis (209).

En octobre nous marquions la publication du 100ᵉ cas de sporotrichose (171, 172).

1910-1911, etc. — L'attention étant attirée sur les sporotrichoses, des observateurs de plus en plus nombreux la recherchent systématiquement. Le diagnostic de la maladie est entré dans la pratique courante et il est devenu si classique et d'une telle banalité qu'en France du moins, on ne publie plus que les observations présentant quelques particularités nouvelles.

Au début de l'année 1910, paraît notre article *Mycoses* du nouveau *Traité de Médecine et de Thérapeutique* de A. Gilbert, L. Thoinot et Carnot (fasc. IV, 179). Dans le chapitre : **Infections mycosiques**, nous faisions avec de Beurmann la première étude sur la **Pathologie générale des mycoses**. A la lumière

des travaux anciens de Lucet, de Dieulafoy, de Chantemesse, de Widal, de Roger, de Rénon, de Sabouraud, de Brumpt, de Bruno Bloch, et de nos propres travaux sur les Sporotrichoses, nous faisions un *parallèle méthodique des infections mycosiques et des infections bactériennes*.

Notre neuvième mémoire (avec de Beurmann), déposé à l'Académie de Médecine le 22 février 1910 et auquel fut attribué le prix Adrien Buisson, était consacré à l'**étude clinique et expérimentale du traitement de la Sporotrichose** : étude de l'action de l'iodure et des succédanés iodiques, mode d'action des iodiques, essais de vaccination et de sérothérapie expérimentales (181).

Notre dixième mémoire, publié dans les *Archives de Parasitologie* (249) traite longuement de la **Classification botanique** des *Sporotrichum* pathogènes (80 pages, 1 tableau comparatif, 4 figures, 6 planches avec 58 figures); il réunit les opinions des plus éminents mycologues sur la classification des *Sporotrichum* et sur les discussions botaniques auxquelles elle donne lieu. Il s'appuie sur les travaux de Matruchot, de Vuillemin, de Guéguen, etc., qui depuis plusieurs années ont étudié cette question de botanique mycologique et en particulier sur le travail présenté par Matruchot à l'*Académie des Sciences*, le 28 février 1910. Il contient le résumé des travaux parasitologiques que nous avons poursuivis de 1906 à 1910 sur la comparaison des divers *Sporotrichum* pathogènes.

Nous découvrions des formes cliniques nouvelles :

— Sporotrichose à **grands abcès** *multiples* sous-cutanés et musculaires, forme nouvelle (avec de Beurmann, Bith et Heuyer : 186, 1910). Le malade atteint de spina ventosa, a été l'occasion de divers essais : — essai du traitement local par injection d'arséniate de soude dans les grands abcès. — Auto-culture du pus permettant un diagnostic en l'absence momentanée de milieux de culture. — Recherche des parasites dans le pus par homogénéisation (antiformine ou soude) — Agglutination plus forte dans le sang (1/350) que dans le pus 1/200) — Intra-dermo réaction avec l'autoculture du pus.

— Sporotrichose syphiloïde gommeuse, hypodermique, musculaire et osseuse, avec *fracture* **spontanée** *du radius* (avec Dubosc 1911, 218).

— La **mort** dans la Sporotrichose avec de Beurmann (194, 237).

— Sporotrichosis dermica et S. épidermica (**pityriasis**) avec de Beurmann (1912, 275.)

— **Grands** « *abcès* » **séreux et huileux** (278, 1912). Sur 5 cas 2 étaient tuberculeux. Le 3ᵉ était un sporotrichosique, porteur de deux collections : l'une de 18 centimètres sur 15 centimètres et de 600 centimètres cubes dérivait du fémur droit, l'autre provenait du tibia gauche. Le 4ᵉ avait un gros abcès du tibia dû à une Nocardia (la malade avait été amputée d'un bras pour de telles lésions et

était devenue aveugle par ophthalmie de même nature). Le 5e malade avait 5 « abcès » huileux de 250 à 850 millimètres qui restèrent d'origine indéterminée.

— **Synovite sporotrichosique** de la gaine des tendons fléchisseurs des doigts de la main gauche, (1912, 300) avec G. Levy Frankel. La synovite accapare toute l'attention car c'est neuf semaines après, qu'est apparue une gomme unique de la cuisse.

— **Sporotrichose pharyngée primitive** (sans lésion cutanée) avec Quellien (1913, 337). Cette observation isolait une forme nouvelle de sporotrichose ulcéreuse du pharynx cachectisante; la malade considérée tour à tour comme syphilitique, puis tuberculeuse, était amaigrie, cachectique, condamnée; « en quinze jours (par le seul traitement ioduré) cette malade dont on escomptait la fin renaît à la vie; en six semaines elle est complètement guérie ». Et à ce propos nous réétudions les sporotrichoses des muqueuses montrant, — que, si l'iodure est toléré, la sporotrichose des muqueuses, guérit, démentant le sombre pronostic habituel des sporotrichoses des muqueuses : — que le diagnostic des mycoses peut être fait par le traitement d'épreuve ioduré; — que le diagnostic rétrospectif peut être affirmé après guérison par la culture du parasite resté en saprophyte dans le buccopharynx et par le sérodiagnostic de Widal et Abrami.

— Sporotrichose osseuse (mains) et sous-cutanée, disséminée, chez un **enfant** de *quatorze mois*, avec lésions dermiques lupiformes de la joue (avec Ehrmann et Larrousse (1914, 357).

— Sporotrichose *post-traumatique* **accident du travail**. Nous en avons observé plusieurs cas, avant et pendant la guerre et nous en distinguerons deux séries :

1° *petits traumas répétés* : ostéomyélite avec abcès central du tibia chez une porteuse de pain sujette au traumatisme habituel du tiers inférieur de la jambe en faisant démarrer d'un coup de jambe le panier à porter le pain (1909, 153 avec de Beurmann et Verne).

2° *grand traumatisme* (1914, 358, avec Paul Blum) observation nouvelle de *Sp. Gougeroti*. Un mécanicien fait une chute de voiture, se blesse à la tête, il se développe sur le cuir chevelu et des deux côtés de la face des gommes et ulcérations suppurées, transformant les téguments en éponges purulentes; cette infection avait déterminé des troubles psychiques sérieux : amnésie, insomnie, céphalée « chute dans la rue, crises convulsives qui nécessitèrent une expertise psychiatrique et firent admettre des lésions cérébrales ». Dès que le diagnostic fut posé, il guérit en 40 jours par le simple iodure de potassium.

Pendant la guerre nous avons deux fois rencontré des lésions gommeuses et des abcès ulcéreux post-traumatiques dues au Sporotrichum Beurmanni.

— Sporotrichose « **primitive** » *froide*, des **ganglions** *parotidiens et sous-maxillaires simulant la tuberculose* (forme nouvelle) (avec Paul Blum, 1914-362); l'inoculation au cobaye négative élimina une tuberculose associée.

— Sporotrichose *en nappe* de l'avant-bras rouge-violacée *simulant un* **sarcome** (avec Lorenz Monod 1914, 369.) guérie par l'iodure.

— **Pityriasis sporotrichosique secondaire et primitif** (avec Bricout), 1916, 380). Après avoir fait la revue des épidermites sporotrichosiques et montré leur variété, nous publions deux observations :

Dans la première l'épidermite prenait une grande importance par son extension et sa durée, le malade atteint d'ostéomyélite du radius fistulisée et suppurante sans pansement. avait l'habitude de se frotter les yeux avec les poings et il s'était autoinoculé aux paupières un pityriasis sporotrichosique rouge, abondamment squameux qui s'étendait.

Dans la seconde, **épidermite primitive** de la face (forme nouvelle), la malade ne présentait aucun autre foyer sporotrichosique; l'épidermite sporotrichosique sous forme de pityriasis envahissait la face et, méconnue, persistait récidivait; elle a guéri par le traitement général et local iodo-ioduré; mais ce traitement étant cessé trop tôt, elle a eu une récidive qu'elle a négligée et qui au bout de 20 mois de lésions purement épidermiques a entraîné une sporotrichose dermique et muqueuse suppurée très limitée; elle avait perdu immunité ou elle s'était sensibilisée. Le Sporotrichum constaté par l'examen direct et les cultures affirmait la nature des lésions.

— *Mycose* « **vénériennes** » des organes génitaux (1913, 318) dans un premier cas de sporotrichose de la verge, le premier publié, « l'ulcération porte d'entrée siégeait près du frein et ressemblait à un chancre mixte; la lymphangite remontait le long de la verge, formant un cordon induré parsemé de quatre gommes sous-cutanées qui bientôt s'ulcérèrent, les ganglions étaient gros indolents dans les « aines ».

Dans un deuxième cas de mycose innomminée due à un champignon (qui mourut indéterminé pendant la guerre), « la lésion porte d'entrée siégeait à la face interne du prépuce, elle était ulcéreuse, suppurante, non indurée, ressemblant à un chancre mou. Le long de la verge s'échelonnaient six petits abcès rapidement ulcérés sans cordon lymphangitique intermédiaire; les ganglions étaient petits et indolents ».

« L'iodure guérit ces deux malades en quelques jours ».

— *Sporotrichose lymphangitique* et adénite **inguinale** *à point de départ* **anal**, (1917-385).

— **Sporotrichoses des animaux**. — Rapport au I[er] congrès international de Pathologie comparée (1912-295 avec de Beurmann).

Nous y résumions l'étude des sporotrichoses spontanées du rat, du chien, mulet et cheval et des sporotrichoses expérimentales.

— **Vaccinothérapie** et *sérothérapie antisporotrichosiques* (1921, 490). — A la demande de Lacommère nous avons résumé nos essais d'avant guerre, faits



Sporotrichose pulmonaire chronique. Caverne pulmonaire à paroi fibro-nodulaire (De Beurmann, Gougerot, Vaucher). Dans la paroi, on aperçoit des cellules géantes, follicules et nodules tuberculoïdes en plein tissu fibreux. Dans le parenchyme pulmonaire environnant sont disséminés des « tubercules » sporotrichosiques.

d'attente intéressants à retenir pour les malades exceptionnels qui sont intolérants à l'iodure : tuberculeux, etc.

— *Sérothérapie* (avec Carougeau) Le premier malade tuberculeux et le deuxième malade diabétique et tuberculeux guérirent (avec addition d'albumines iodés et de Lipiodol) en vingt-cinq à trente jours.

— *Vaccinothérapie* avec des autovaccins et des mélanges « autohétérovaccins » Une malade guérit lentement en deux mois; une malade « atteinte de sporotrichose gommeuse ulcéreuse disséminée avec laryngite végétante dont on sait la haute gravité et la ténacité vis-à-vis de l'iodure », tuberculeuse probable, intolérante à l'iodure, guérit complètement.

Ce sont des méthodes d'exception pour les cas « où le traitement iodo-ioduré, reste peu efficace, impuissant ou même nuisible (tuberculeux, etc.). Nous réservons la sérothérapie aux cas fébriles,... la vaccinothérapie convient mieux aux formes peu ou pas fébriles ».

— *Association sporotricho-tuberculeuse* : « **scrofuloderme** » sporotrichosique et sporotrichoses « **papulonécrotiques** » (1925, 550). Avec Jausion nous avons étudié un malade atteint de sporotrichose cutanée et de tuberculose viscérale. La tuberculose avait sans doute imprimé un aspect tuberculoïde à la mycose, rendant le diagnostic très difficile. Ce malade présentait une forme connue, mais rare de sporotrichose : le scrofuloderme (gommes dermiques) et une forme nouvelle de sporotrichose dermique : les sporotrichoses papulonécrotiques identiques d'aspect aux « tuberculides », démontrées mycosiques par la culture et non tuberculeuses par la guérison par l'iodure.

Entre temps, notre article « Sporotrichose » dans le *Handbuch der pathogenen Microorganismen* de Kolle-Wassermann vulgarisait les travaux français en Allemagne, notre résumé du livre d'or de Barduzzi les faisait connaître en Italie (211) et notre résumé du livre d'or de Bœck en pays scandinaves (240), notre « Lecture » au Congress of the Royal Institute of Public Health les résumaient pour les médecins anglais (341). Notre Livre *Les Sporotrichoses* (250) en collaboration avec de Beurmann (chez Alcan) 832 pages. 181 figures, 8 planches, couronné par l'Institut et l'Académie de Médecine réunissait nos travaux.

Non seulement nos recherches ont contribué à « créer une maladie nouvelle, mais elles ont encore rénové l'étude générale des mycoses; elles ont montré la fréquence insoupçonnée des maladies à champignons et l'on a été tout étonné de s'apercevoir que nombre de malades, tenus pour des tuberculeux ou des syphilitiques avérés, étaient des sporotrichosiques, des hémisporosiques, etc. Elles ont permis de guérir rapidement des lésions prétendues incurables; elles ont rassuré les malades sur leur avenir, les délivrant de la menace des accidents tardifs de la syphilis ou de la tuberculose. » Par la multiplicité de ses localisations, la Sporotrichose intéresse autant le médecin, le chirurgien, l'ophtalmologiste, l'oto-rhino-laryngologiste que le dermatologiste.

NOUVELLES MYCOSES

Non seulement la sporotrichose a permis de renouveler la pathogénie générale des mycoses, mais elle a encore été l'occasion de la découverte de mycoses nouvelles. « C'est en recherchant la sporotrichose que Ravaut et Pinoy ont découvert une nouvelle discomycose due au Discomyces Thibiergi, que Gougerot et Caraven ont individualisé une nouvelle mycose, l'hémisporose due à l'Hémispora stellata, que de Beurmann, Gougerot et Vaucher ont isolé une oïdiomycose, due à un parasite nouveau l'Oïdium cutaneum, que Gougerot dans les préparations de Carougeau, a décelé avec cet auteur un parasite des nodosités juxta-articulaires et l'a dénommé Discomyces Carougei, que Balzer, Burnier et Gougerot ont trouvé un cas de parendomycose gommeuse, due à un parasite nouveau, le Parendomyces Balzeri et cultivé dans des lésions dermiques, le Mycoderma pulmoneum, agent pathogène d'une dermatomycose verruqueuse et végétante. C'est encore en recherchant la sporotrichose que Bruno Bloch, à Bâle, a découvert un parasite nouveau dénommé par Matruchot Mastigocladium Blochii (premier exemple des cladioses humaines), que Potron et Noisette, près de Nancy, ont cultivé un nouveau champignon appelé par Vuillemin Acremonium Potronii (premier exemple des acrémonioses), etc. »

HÉMISPOROSE (140, 150, 367).

Avec Caraven en 1908 nous avons découvert cette nouvelle mycose due à l'***Hemispora stellata*** et nous en avons fait l'étude complète : clinique, diagnostique, étiologique : « L'individualisation de cette mycose nouvelle nous semble assurée par des preuves convaincantes : pureté des cultures faites immédiatement pendant l'opération, présence du parasite dans tous les tubes ensemencés, nombre des colonies dans chaque tube oscillant de 3 à 8, agglutination à 1/500 de ses spores, sporo-agglutination élevée atteignant à 1/400, fixation et cofixation sériques énergiques, reproduction expérimentale d'une ostéro-périostite analogue à celle de l'homme. »

Le 1[er] malade âgé de vingt-cinq ans était atteint d'ostéopériostite du tibia qui ressemblait à une ostéo-périostite syphilitique.

Bientôt des cas nouveaux sont venus confirmer notre premier mémoire et pour tous nous avons fait l'étude du parasite en l'identifiant à notre premier parasite :

— 2[e] cas d'Auvray et Bidot : Hémisporose cutanée gommeuse, abcédée fistuleuse cervico-faciale, simulant la tuberculose, guérie par l'extirpation chirurgicale.

— 3[e] cas de de Beurmann, Clair et Gougerot (150) : Hémisporose gommeuse de la verge, unique, envahissant les corps caverneux, déterminant de la dysurie, froide et indolente, rebelle au mercure, guérissant par l'iodure après une récidive due à la cessation trop hâtive de l'iodure.

— 4[e] cas de Schramek et Weidenfeld : hémisporose ulcéreuse et végétante du nez simulant la tuberculose et qui guérit « merveilleusement » par l'iodure.

— 5[e] cas de Balzer et Belloir : gommes du dos et de la jambe gauche.

— 6[e] cas de Bidot (inédit).

— 7[e] cas de Gougerot et Lorenz Monod (1914, 367) : gommes sous-cutanées ulcérées des membres inférieurs guéries par l'iodure de potassium.

Depuis la guerre ont été publiés d'autres observations, notamment une broncho-pneumonie (Sartory, 1921) et le 1[er] cas italien d'Hémisporose gommeuse ulcéreuse de la jambe remarquablement étudié par Rodolfo Porcelli. Personnellement nous avons revu deux cas (inédits), l'un du nez, l'autre des membres.

OÏDIOMYCOSE ou MYCODERMOSE GOMMEUSE

ulcéreuse disséminée due à un parasite nouveau *Oïdium* ou *Mycoderma cutaneum* (191, 339).

C'est encore en recherchant les sporotrichoses que nous avons découvert en 1910 avec de Beurmann et Vaucher le 1[er] cas de cette nouvelle mycose due à un parasite encore inconnu *Oïdium* ou mieux *Mycoderma cutaneum* et en 1912 nous en retrouvons un 2[e] cas : gomme de la jouc (1913, 339), nous en faisions l'étude complète, parasitologique *in vivo* et *in vitro* expérimentale et histologique et nous assurions l'individualisation de cette mycose nouvelle sur un faisceau de preuves démonstratives :

« L'éruption cutanée caractérisée par des gommes indurées qui, secondairement se sont ramollies, puis ulcérées, ressemblaient aux mycoses nodulaires.

« — Dans le pus il existait, à l'exclusion de tout autre germe, de rares formes parasitaires arrondies du type levure.

« — La culture sur gélose Sabouraud a donné avec toutes les lésions sur tous les tubes ensemencés et dans tous les ensemencents, répétés à plusieurs jours

d'intervalle, toujours des cultures pures du même parasite, un Oïdium (ou Mycoderma) nouveau que nous avons proposé d'appeler Oïdium cutaneum.

« — Ce parasite est pathogène pour le rat blanc et l'inoculation souscutanée reproduit une gomme entourée de nodules ayant la structure que nous avons décrite aux mycoses : abcès central polynucléaire et macrophagique, zone moyenne tuberculoïde épithélioïde et giganto-cellulaire, zone externe lymphoconjonctive ou fibro-cellulaire,

« — Dans le sérum de la malade s'étaient développées les propriétés agglutinantes et fixatrices mycosiques dont Widal et Abrami nous ont montré toute l'importance, coagglutination à 1/60 et cofixation positives.

« — Enfin la guérison complète a été obtenue en quelques jours par l'iodure et les iodiques. »

Ce parasite était l'occasion d'une étude générale des parasites levuriformes, formes d'adaption à la vie *in vivo* de parasites très différents, de leurs transformations et des formes de transitions entre les divers genres.

MYCODERMOSE CUTANÉE ULCÉRO-VÉGÉTANTE DISSÉMINÉE

due au *Mycoderma Pulmoneum* (207, 265, 477).

L'étude complète, clinique, anatomique, parasitologique, expérimentale en a été faite avec Balzer et Burnier de 1909 à 1912.

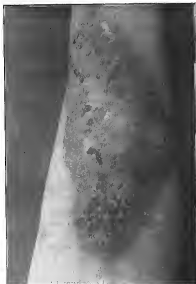
Le premier malade, porteur de légumes aux halles, âgé de trente-sept ans, était infecté depuis sept ans (1902) et les lésions étaient partout disséminées ; dos, bras, jambe, visage ...., les caractères étaient spéciaux :

« Début par une pustulette acnéiforme qui s'étend, s'ulcère, s'incruste, donnant un mélange d'ulcération et de dermatite végétante ; extension de l'ulcération dont le fond devient bourgeonnant ; ulcération à bords irréguliers déchiquetés ; fond ulcéreux semblant net au premier abord, mais la pression fait sourdre, par des pertuis multiples, des gouttelettes purulentes, ou suppuration en écumoire, témoin de l'envahissement de l'hypoderme, ce que confirme la sensation d'infiltration fongueuse à la palpation ; transformation (non constante) de l'ulcération en placard végétant ; envahissement de la peau environnante, qui s'infiltre, devient verruqueuse et végétante ; placard irrégulier à bords diffus, progressifs, non saillants, formé d'un mélange de végétations à gros mamelons humides et de verrucosités sèches kératosiques (donc aspect irrégulier, mixte) séparés par des sillons suintants et parsemé de micro-abcès qui laissent sourdre des gouttelettes de pus visqueux ; cicatrice lisse, indurée, rétractile, rose violacée, parsemée de petits mamelons (reliquat de peau saine) à bords irréguliers, à languettes pigmentées, souvent mal accolées au fond de la cicatrice et formant

« pont » ; grande résistance au traitement ioduré et arsenical ; récidive sur le bord de la cicatrice sous forme de verrucome. »

Preuves. — Les preuves sont convaincantes :

« Preuves positives : 1° L'aspect clinique des lésions est très spécial, les



Dermatomycose végétante due au Mycoderma pulmoneum.

Placard verruqueux de l'avant-bras caractéristique avec un mélange d'aires verruqueuses sèches, d'aires bourgeonnantes, humides, fissurées, suintantes, d'abcès, d'aires cicatricielles.

lésions ne répondent à aucun type clinique connu et se distinguent des tuberloses sporotrichoses, zymonématoses (ou blastomycoses) américaines, des cladioses, de la syphilis, des pyodermites coccienncs.

2° Les frottis du pus montrent le parasite avec les caractères habituels du Mycoderma.

« 3° Le même parasite, le *Mycoderma pulmoneum*, a été cultivé dans toutes les lésions ensemencées et à plusieurs jours d'intervalle;

« 4° Le sérum du malade agglutine son propre champignon à 1/100.

« 5° Le champignon cultivé est pathogène pour les animaux.

« 6° La structure histologique des placards végétants est celle des mycoses, en particulier des sporotrichoses verruqueuses avec le mélange des trois réactions : lympho-conjonctive, tuberculoïde, polynucléaire;

« 7° Les lésions ont été nettement, quoique lentement, influencées par le traitement ioduré.

« Preuves négatives : 1° Certaines cultures étaient pures, ne contenant pas de bactéries;

« 2° Les bactéries associées étaient une surinfection banale, facile à concevoir sur lésions ouvertes en surface;

« 3° Aucun autre germe n'a pu être décelé sur lame ou en culture : Blastomycète, Sporotrichum, Oospora;

« 4° Les fragments inoculés à deux cobayes sous la peau, ne les ont pas tuberculisés, ce qui élimine la tuberculose.

« 5° La réaction de Wassermann-Neisser-Brück était négative, ce qui élimine la syphilis.

Un deuxième malade a été présenté à la Société de Dermatologie (477) (moulages 2978 et 2979).

Une troisième malade observée en Touraine est restée inédite (j'en projette chaque année les photographies à mes leçons).

PARENDOMYCOSE GOMMEUSE ULCÉREUSE

due à un parasite nouveau, le : *Parendomyces Balzeri*

(avec Balzer et Burnier, 264, 1912).

La malade âgée de vingt-six ans était atteinte de gommes hypodermiques et hypodermodermiques groupées et agminées dans une région à la cuisse droite, évoluant par poussées depuis deux ans, se répétant et s'aggravant fermées ou ulcéreuses.

Elle guérit en un mois par la simple ingestion d'iodure de potassium, laissant des cicatrices déchiquetées et pigmentées si fréquentes dans les mycoses.

Les preuves sont : aspect clinique des mycoses, cultures pures des lésions fermées donnant le même parasite sur tous les tubes, le plus souvent en cultures pures, pouvoir pathogène du parasite cultivé, séro-agglutination à 1/100, guérison rapide et complète par l'iodure, etc.

L'étude du parasite fut complète : levures *in vivo* et *in vitro* en culture

donnant des formes de plus en plus complexes aboutissant au Parendomyces et étude expérimentale.

A ce propos nous reprenions la discussion de la classification de ces parasites levuriformes, la critique des Blastomycoses, la nomenclature nouvelles des Exascoses, la justification du nouveau genre Parendomyces (V. p. 68).

ÉPIDERMOMYCOSE NOUVELLE (1914, 353 avec Gancea, 307, etc.)
des orteils due à un parasite levuriforme : *Parasaccharomyces Intertriginis.*

Cette épidermomycose a été le point de départ de deux séries de recherches, l'une sur les épidermomycoses levuriformes alors peu ou pas connues et bientôt confirmée par Hudelo et Montlaur, etc., l'autre sur les épidermomycoses dyshidrosiformes.

L'épidermomycose des espaces interdigitaux, prurigineuse, souvent même douloureuse, chronique, entrecoupées de poussées, est caractérisée par des vésicules plates plus ou moins larges, la desquamation de l'épiderme épaissi blanc bleuâtre, humide, une épidermite rouge humide souvent fissurée, avec une collerette à la périphérie.

« Présence constante du même parasite dans les squames à tous les examens, siège du champignon dans la profondeur des squames et non en superficie; repullulation du parasite dès le début de la récidive des lésions.

« Cultures donnant dans les mêmes conditions et constamment le même germe, souvent à l'état de pureté, et dès le début dans des lésions fermées; absence d'autres germes, sauf un banal staphylocoque blanc, d'ailleurs inconstant.

« Réactions humorales positives d'agglutination et de fixation avec le sérum du malade et son propre parasite; coréactions positives avec des champignons voisins : muguet, etc., même avec des Sporotrichum.

« Pouvoir pathogène du parasite vis-à-vis du lapin et de la souris.

« Action thérapeutique de l'iode, de la créosote, du borate de soude, qui sont les antiseptiques habituels des levures.

« Tels sont les arguments qui nous semblent décisifs en faveur de l'individualisation de cette nouvelle variété d'épidermomycose. » (Soc. Dermat 1914, p. 335).

De 1924 à 1922, nous en étudions 27 cas nouveaux, où 27 fois le même parasite fut retrouvé.

NOCARDIA nouvelle : ***Nocardia Carougei***

donnant une variété des nodosités juxta-articulaires.

Les nodosités juxta-articulaires peuvent être dues à des parasites différents et parmi ces germes une Nocardia nouvelle que nous avons découverte en 1915 et dénommée *Nocardia* (ou *Discomyces* ou *Oospora*) *Carougéi* (177 et 266).

« Ce parasite, disions-nous en 1909, avait passé inaperçu aux patientes recherches de plusieurs auteurs, sans doute parce qu'il est situé le plus souvent en pleine masse nécrosée ou à l'intérieur du protoplasma dégénéré des cellules géantes et que nécrosé lui-même, il n'a pas d'électivité colorante et prend la teinte très pâle du fond. Habitué à ces « ombres » parasitaires, nous avons reconnu d'emblée sur de simples couples à l'hématéine-éosine les grains de ce parasite, leurs fins filaments plus ou moins onduleux, ramifiés dichotomiquement, parallèles ou rayonnés, sans massue et immédiatement nous présumions qu'il s'agissait d'un Discomyces. Les recherches ultérieures de Carougeau ont confirmé notre première impression et classé parmi les Discomyces (ou Nocardia) ce parasite nouveau qui doit s'appeler Discomyces Carougei. »

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANCIENNES MYCOSES

OOSPOROSES OU NOCARDOSES CUTANÉES (182, 235, 259, 307, 308, 384, 424).

De ce groupe de mycoses si important et si bien étudié par Roger et ses élèves, par Brumpt, nous avons fait une étude critique d'ensemble (307), ajoutant quelques faits nouveaux.

Au point de vue **parasitologique** nous avons résumé l'état actuel de la question :

— Synonymie, botanique et bibliographie — *définitions microscopiques in vitro* et *in vivo* — *discussion botanique des synonymies* en concluant en faveur du terme Nocardia.

— Discussion sur l'*autonomie du groupe* que nous comparions avec les exascoses et blastomycoses.

Au point de vue **étiologique** et **pathogénique** nous rappellions les travaux des professeurs Brumpt, Roger et aux deux facteurs anciens de diminution de résistance du terrain et augmentation de virulence du germe (ou « adaptation du parasite au terrain ») nous ajoutions un troisième facteur : *la sensibilisation*; nous mettions cette sensibilisation et les cosensibilisations en évidence chez de nombreux malades atteints des formes graves (actinomycoses) ou bénignes (langue noire pileuse) chez de simples porteurs de germes, au moyen d'intradermo-réactions d'actinomycosines et de diverses oosporines (cultures tuées et broyées) :

Au point de vue du **nosologique** nous proposions une classification par syndromes.

Au point de vue clinique nous étudions en détails des formes rares : — avec Coyon (182) une actinomycose *profonde* abdominale à fusées périphériques ombilicale, génitale, anale, crurale — avec Gaucher et Lévy Frankel, une actinomycose dermique (235). — Par la malade des moulages 2642, 2643, nous montrions que les Nocardia peuvent donner des **gommes et abcès disséminés** simulant les sporotrichoses.

Au point de vue du **diagnostic clinique**, nous revisions les signes cliniques classiques et nous montrions que l'aspect typique des actinomycoses cervico-

faciales peut être exactement reproduit par des syphilis, infections indéterminées et surtout *la tuberculose* : c'est ce que nous avons appelé les **Fausses actinomycoses**, car les chirurgiens les meilleurs et Poncet lui-même avaient affirmé cliniquement l'acinomycose chez nos malades. (**1912-259** où sont mentionnés deux cas antérieurs et **1918-424** où les faits sont étudiés en détails et en revue d'ensemble).

Nos observations donnaient des exemples des principales erreurs : — dermo-épidermite mierobienne, — syphilis osseuse du maxillaire avec séquestre, fistules, envahissement des parties molles,— cancers, — et surtout tuberculose. Il est même des cas où l'on ne trouve aueune germe certain : infeetions indéterminées.

Nous diseutions done les signes cliniques; nous montrions par des exemples véeus que des examens bactériologiques peuvent même tromper : — faux grains, formés de grumeaux de pus ou de débris nécrosés (cancéreux ou autres) parasités par des leptothrix et champignons de la bouehe; — infeetions secondaires par les Nocardia de la bouche, de lésions non aetinomycosiques; — champignons ayant cultive dans l'eau albumineuse servant à eoller les coupes sur les lames ou dans les colorants, dans le fixateur, dans l'huile de cèdre, etc. La biopsie profonde reste le meilleur procédé, et nous demandions une interprétation serrée des résultats du séro-diagnostie de Widal et Abrami, réclamant une sporo-agglutination supérieure à 1/50 et fixation énergique, car des levures saprophytes peuvent donner des coréaetions coagglutinatives et cofixatrices légères.

Traitement (308,384). — Exposant en détails les traitements de ces myeoses, nous insistions sur la nécessité de proeéder par étapes : — 1[re] étape Traitement iodoioduré intensif avec radiothérapie. Nous introduisions en France la méthode japonaise de Shiota de *radiothérapie* nettement supérieure au traitement iodoioduré et à tous les moyens annexes — 2[e] étape : Serothérapie et surtout vaeeinothérapie d'où l'utilité de cherehcr à cultiver la Nocardia afin de faire un autovaccin — 3[e] étape : Injeetions loeales antiseptiques en déterminant par une étude expérimentale *in-vitro* le meilleur antiseptique (384, p. 638), note 1) — 4[e] étape : Traitement chirurgieal. Il est évident qui si la lésion est facilement ixtirpable, on ferait l'exérèse aussitôt après échec du traitement de la 1[re] étape en ayant soin de détruire au thermocautère avant d'exciser (v. p. 136).

Un traitement prolongé de « sûreté » et une étroite surveillance des aetinomycosiques, qui paraissent eliniquement guéris est indispensable afin d'éviter les récidives. Avec Coyon (182) nous croyons qu'il serait utile de faire chez ces

malades des séro-réactions de Widal et Abrami en séries, et de poursuivre les cures périodiques aussi longtemps que ces réactions sanguines persistent.

REVISION DU GROUPE DES BLASTOMYCOSES

Création du groupement nouveau : les *Exascoses* (1909, 154; 1911, 223).

L'étude anatomo-clinique de ces mycoses a été si parfaitement faite par Buschke en Allemagne, par Curtis, par Vuillemin et Blanchard, en France, en ce qui concerne les saccharomycoses, par Gilchrist et les auteurs américains en ce qui a trait aux dermotites végétantes et aux mycoses généralisées, qu'il n'y a pas lieu d'insister.

« Il est au contraire indispensable de tenter la revision de la nomenclature botanique et nosologique de ces affections, disions-nous en 1909; nous l'avons fait dans des travaux successifs depuis 1909. En effet, si singulier que cela puisse paraître, personne ne s'entend sur les limites de ce groupement des blactomycètes et trois interprétations au moins ont été données à ce mot. Il en résulte trois conceptions contradictoires de la blactomycose.

« La *première* laissant au mot blastomycète son sens primitif étymologique, l'applique à tous les parasites qui peuvent se présenter « à un moment donné sous forme de globules bourgeonnants, quelles que soient leurs affinités, quels que soient les aspects qu'ils revêtent à d'autres moments de leur existence. » Elle réunit donc sous cette étiquette les parasites les plus dissemblables, pris parmi les groupes botaniques les plus éloignés : des basidiomycètes, des oomycètes (mucorinées) des ascomycètes (Stérigmatocystis, Saccharomyçès, etc.), des mucédinées (Sporotrichum, Oïdium, etc), car ces parasites, choisis à dessein parmi les différents ordres de champignons, peuvent revêtir *in vivo*, dans les tissus, ou *in vitro* dans certaines conditions depuis longtemps connues et étudiées à nouveau par Sartory, la forme ronde bourgeonnante. On peut donc dire que tel parasite prend à un moment donné la forme blastomycète, de même que l'on dit que l'entérocoque revêt la forme bacille dans certaines cultures. Mais croire que le blastomycète représente une entité botanique, c'est s'illusionner profondément et il suffit de lire l'excellente revue générale de Vuillemin pour se faire une idée de la confusion qui résulte d'un groupement aussi artificiel, La « blastomycose » ainsi définie, embrasse en une classification incohérente des infections les plus dissemblables. Vouloir décrire « la Blastomycoce » comme le font les traités, en s'appuyant sur le blastomycète, est aussi inexact et aussi illogique que de parler de « la Bacillose » en réunissant sous ce terme la tuberculose, la fièvre typhoïde, la morve, le tétanos, la

diphtérie, etc., sous prétexte que toutes ces infections sont dues à des germes qui ont le même aspect « bacille ».

« La *deuxième* interprétation cherchant à donner au mot blastomycète plus de précision, ne le décerne qu'à quelques-uns des nombreux parasites que rassemblait artificiellement la première interprétation; mais là encore, les auteurs n'arrivent pas à s'entendre; les uns conservent le mot pour les saccharomycoses, les mycoses américaines, les endomycoses ou muguets, groupement qui correspond à peu de chose près à notre cadre nouveau des exascoses. Les autres éliminent les blastomycoses, les muguets, les mycoses américaines, leur donnant le nom si inexact d'oïdiomycoses; ils réservent l'appellation de blastomycoses pour les seules saccharomycoses et les appellent « blastomycoses proprement dites ». Il n'y a aucune raison pour s'acharner à maintenir ce terme vague, compris contradictoirement, et pour le préférer à la désignation si précise de saccharomycose et de Saccharomyces, genre défini scientifiquement en botanique.

« La *troisième* interprétation réserve l'épithète de blastomycète à des faits mal connus » et c'est elle que nous adoptons,

Aussi est-ce pour tenter de diminuer ces obscurités que nous avons proposé en 1909 la nomenclature nouvelle des exascoses « qui sépare les faits connus des faits encore obscurs, donne à chacun des désignations non équivoques et s'appuie sur la classification botanique actuelle de ces parasites.

Faisant l'étude critique des champignons des « Blastomycoses », nous avions bientôt la conviction qu'ils forment une série de germes de complication croissante allant des Saccharomyces aux Endomyces et qu'entre ces deux genres s'échelonnent des formes de transition jusque-là confondues dans les genres vagues *Oïdium* et *Cryptococcus*; nous faisions la critique de ces deux genres si mal définis et pour classer ces champignons de transition nous étions amené à créer des genres nouveaux :

— *Atelosaccharomyces* pour les champignons qui ont tous les caractères des Saccharomyces, mais chez lesquels on n'a pu découvrir les asques et ascopores qui permettraient de les ranger avec certitude dans les Saccharomyces. Tels sont les deux parasites des belles observations de Busse et Buschke et de Hudelo, R. Duval et Lœderich que j'ai appelés Atelosaccharomyces Busse-Buschki, et A. Hudeli.

— *Parasaccharomyces* pour les champignons proches des Saccharomyces mais qui commencent à se compliquer, ajoutant aux formes levures des saccharomyces des filaments.

— *Zymonema* pour les champignons encore plus compliqués des auteurs américains « blastomycoses » ou oïdiomycoses de Gilchrist, Rickett, Mont-

gomery, etc., et nous discutions longtemps leur classification dans les Saccharomyces, Cryptococcus, Oïdium etc., pour conclure qu'ils ne rentraient dans aucun de ces genres et méritaient un genre nouveau, celui de Zymonema.

— *Parendomyces* pour les champignons de plus en plus complexes qui se rapprochent des muguets : tel le Parendomyces albus de Queyral et Laroche, le Parendomyces Balzeri de Gougerot et Burnier.

— *Atelendomyces* pour les champignons qui ont tous les caractères des Endomyces sauf les asques.

La chaîne est ainsi ininterrompue des Saccharomyces aux Endomyces : (ce long travail de discussion était accompagné de 19 figures).

Ces parasites faisant partie de la Tribu des Exoascée, il était naturel de désigner le groupe des maladies ainsi défini par le mot nouveau d'Exascoses.

Dans cette classification chaque mycose porte le nom précis dérivant du nom du genre du parasite qui la détermine.

Ce n'est donc pas un simple changement d'étiquettes comme on pourrait le croire : la nomenclature nouvelle éclaire les faits, non seulement en les classant suivant la classification botanique actuelle, mais encore en s'appuyant sur un principe exact. Blastomycose n'est pas un synonyme d'exascose : Blastomycose s'applique aux seuls faits inclassables ou inclassés. Le terme vague de blastomycète conservant son sens étymologique ne représente plus qu'une simple expression morphologique, comme le sont les mots bacille, coccus, filament....

Observations cliniques (339). — Ces Exascoses (et Blastomycoses) sont rares en France, beaucoup plus rares que les Sporotrichoses, car, malgré tous nos soins, nous n'avons pu en découvrir que six cas :

— le cas princeps de Parendomycose étudié avec Balzer et Burnier dû au Parendomyces Balzeri et un deuxième cas semblable (264 voir page 63)

— une saccharomycose lupiforme du nez (observation inédite), due à une saccharomycose restée inclassée, car la culture fut perdue pendant la guerre

— une dermite végétante et ulcéreuse de la cuisse (moulage 2626) : parasite perdu pendant la guerre.

— une dermite végétante de la jambe chez un homme déjà observé par Ducastel (moulage 1943).

— une dermite végétante à foyers multiples des jambes chez un enfant suivi avec le docteur Trouvé de Châteaudun.

Fait comparatif. — **Dermatose végétante et suppurée, nodules à suppuration centrale et placards végétants à suppuration en écumoire**

(avec Clara 1917, 403). Près des blastomycoses, notamment de la mycose de Gilchrist, il faut ranger cette dermatose innominée; les cultures restèrent négatives mais sur coupe on voyait des corpuscules arrondis de 7 à 8 μ.

Elle est cliniquement « caractérisée par des placards végétants dermiques multiples, criblés de petits abcès (suppuration en écumoire) et disséminés sur le visage, les corps. Les lésions naissent sous forme de nodules dermiques rouges violacés qui bientôt suppurent; puis en grandissant l'ulcération devient végétante. A la longue le centre tend à se cicatriser, si bien que sur les lésions « ordonnées », on observe quatre zones : 1° bord rouge non ulcéré; 2° zone périphérique nodulaire, suppurée, ulcérée (assez étroite); 3° zone végétante avec suppuration en écumoire (large); 4° zone centrale plus ou moins cicatricielle. D'ordinaire le mélange de ces quatre lésions est très irrégulier. La maladie procède par poussées aiguës et fébriles suivies d'une évolution chronique. »

Le malade affaibli par cette suppuration très abondante était amaigri, cachectiques. Le traitement triple : arsenic (Galyl), iodure à l'intérieur, naphtol camphré à l'extérieur amena une guérison complète, mais au prix de larges cicatrices.

Notre observation était complétée par une étude histologique détaillée.

TEIGNES

Onychomycose à parasite incultivable indéterminé, forme clinique nouvelle (1906, 26, avec De Beurmann).

Trichophyties post-vaccinales (1919, 459). — L'aspect est classique, la trichophytie circinée, animale, reste localisée ou est auto-inoculée à distance.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES MYCOSES (1912, 296) : vue d'ensemble.

POLYMYCOSES ET LES COSENSIBLISATIONS MYCOSIQUES (1911, 238).

Nous avons fait à plusieurs reprises l'étude de ces polymycoses ou infections dues à différents champignons chez un même malade : ce n'est pas tant l'association de deux champignons dans une même lésion profonde, gommeuse par exemple, qui est exceptionnelle, que la coexistence sur un même malade de champignons différents.

Jusqu'en 1908, on invoquait dans la pathogénie des mycoses que les deux facteurs classiques et exacts : exaltation de virulence du germe (127), diminution de résistance du terrain. Nos recherches ont mis en évidence le rôle de la sensibilisation (111, 160, 176) au moyen d'inoculation de cultures tuées. Or un

champignon peut cosensibiliser l'organisme pour un autre champignon; un simple muguet peut cosensibiliser vis à vis des Sporotrichum et, pis encore, des simples champignons saprophytes sans lésions visibles peuvent cosensibiliser, vis à vis de champignons pathogénes; nous l'avons démontré par des intrader moréactions faites avec divers champignons chez des malades atteints de sporotrichose, hémisporose, exascoses, etc., chez les tuberculeux, des typhiques, des hémiplégiques porteurs de Levures.

Ces cosensibilisations expliquent que certains champignons, dénués de virulence pour un individu neuf, puissent pulluler dans les tissus de l'individu sensibilisé par un autre champignon et y déterminer des lésions graves.

TUBERCULOSES CUTANEES NON FOLLICULAIRES

Nos travaux sur les tuberculoses atypiques ou bacillo-tuberculoses non folliculaires commencés en 1904 ont été réunis et résumés dans notre mémoire de médaille d'or de 1907 (96) puis dans notre thèse de 1908 (131) (couronnée par l'Académie de médecine : prix Marie Chevallier) : **Bacillo-tuberculose non folliculaire**[1]. Cette thèse qui est, croyons-nous, la première étude d'ensemble de cette question de phtisiologie, a été complétée par plusieurs mémoires, et en 1912 (273), nous résumions à nouveau l'état actuel avec des preuves nouvelles. Ces travaux inspirés par les leçons des professeurs L. Landouzy et Léon Bernard étudiaient l'ensemble de la question, mais plus spécialement les tuberculoses cutanées.

FAITS NOUVEAUX APPORTANT DES PREUVES BACTÉRIOLOGIQUES DE LA NATURE TUBERCULEUSE DES « TUBERCULIDES »

(38, 115, 119, 122, 123, 131, 268.)

Les preuves bactériologiques des tuberculides non folliculaires étaient restées exceptionnelles. Étudiant systématiquement ces faits en série depuis 1904, multipliant des recherches bactériologiques, nous avons pu accumuler des faits nouveaux et confirmer les faits anciens. — Preuves de la constatation directe du bacille, dans un cas d'ulcération aiguë de la langue (115, p. 432), un soi-disant « lymphadénome » de la lèvre (123), un épithélioma né sur tuberculose non fol-

1. L'historique de cette passionnante question n'avait jamais été fait en détails, nous avons tenté de le faire. La première partie de notre thèse (p. 3) est l'histoire des Tuberculoses atypiques en général et de la notion de type et d'atypie en tuberculose, etc., avec l'étude des divers types actuels. La deuxième partie (p. 27 à 238) est consacrée à l'étude des Bacilloses non folliculaires, Quelques pages précisent les définitions et critiquent les synonymies « tuberculoses non spécifiques » « inflammatoires ». Puis (p. 30) nous insistions sur la multiplicité des réactions non folliculaires des tissus au bacille de Koch et nous en résumions l'histologie générale montrant, grâce à une large conception de l'histologie du follicule tuberculeux, qu'il n'existe pas de différences fondamentales entre les réactions non folliculaires et les réactions folliculaires : ce ne sont que deux aspects d'un même processus reliés par d'innombrables transitions (voir encore notre travail *Le Follicule tuberculeux, sa signification*, 1911-224).

liculaire du voile du palais (115), un « fibrome » (123). — Preuves de l'inoculation au cobaye dans un cas d'érythème induré de Bazin (115, p. 350), deux cas de papulonécrotiques (115, p. 351), deux cas de lupus érythémateux fixe (115, p. 444), un cas d'ulcère de jambe (115, p. 437), d'éléphantiasis vulvaire (115, p. 515), de lymphosarcoïde, de sarcoïde ressemblant à un « sarcome » fusocellulaire (123), de « leucoplasie » vulvaire sur tuberculose (115, p. 523). — Preuves de la réaction à la tuberculine dans un cas d'érythème noueux, de lupus érythémateux aigu de la face (115, p. 441), d'eczéma scrofulosorum (115, 449), de pityriasis rubra pilaris (450), d'éléphantiasis (115, p. 519), etc.

Qu'il nous soit permis d'insister en raison de leur importance sur les **deux cas de lupus érythémateux** ayant tuberculisé le cobaye, car ce furent les premiers publiés; ils furent confirmés par la suite par les inoculations positives de Ehrmann et Reines (un cas), Bruno Bloch et Fuchs (4 cas), Cannon, etc.; ils étonnèrent, mais la raison de notre succès s'opposant aux insuccès de nos prédécesseurs est due à une différence de technique : les dermatologistes n'inoculaient que de petits fragments superficiels de biopsie, alors que nous inoculions de très gros fragments comprenant tout l'hypoderme, la lésion étant enlevée en totalité et profondément sous anesthésie locale.

FORMES NOUVELLES

L'étude systématique de ces faits nous a permis d'individualiser des formes nouvelles.

Lymphosarcoïde (1906, 45, 122, 123) : cliniquement ce sont des petits nodules dermiques nombreux, de 4 à 5 millimètres, saillants et durs, rouge orange ou violacés, laissant transparaître au centre un point translucide lupoïde de 1 à 2 millimètres à la vitropression, disséminés sur le thorax, etc., sans malignité clinique. Histologiquement, la réaction est « néoplasique analogue au tissu de certains lymphosarcomes ou mycosis fongoïdes », mais au centre on découvre un follicule tuberculoïde avec cellule géante. La nature tuberculeuse a été affirmée dans le 2ᵉ cas par l'inoculation positive au cobaye.

« **Lymphadénome** » cutané bacillaire (25, 122, 123) de la lèvre, etc; le diagnostic de « lymphadénome » avait été affirmé histologiquement par Dominici; l'examen direct montra des bacilles dans la lésion principale et dans une lésion métastatique.

« **Sarcoïde** » **sarcomatiforme fusocellulaire** (122, 123) : un nodule de 8 sur 10 millimètres près de la rotule, rouge violacé, sous la peau, datant de plusieurs mois ne cessait de s'accroître chez un tuberculeux pulmonaire à la période de ramollissement. Histologiquement la structure est identique au sarcome fuso-

cellulaire ; mais un follicule tuberculeux est accolé à la périphérie de ce nodule néoplasique et l'inoculation au cobaye tuberculise cet animal.

Tuberculose linguale ulcéreuse aiguë non folliculaire (1908, 115, p. 432).

Tuberculides maculo-squameuses atrophiques agminées et atrophie cutanée (forme nouvelle) : trois cas : le premier a été perdu de vue. Dans le deuxième (avec Lévy Frankel, 1914, 366), « les lésions miliaires, de 1 à 3 millimètres, se multiplient localement, confluent, forment deux grands placards à bords irréguliers, entourés d'îlots isolés et d'archipels, progressent par leurs bords pendant que les lésions repullulent au centre. Les lésions élémentaires, indolentes, froides, sont de petites taches rouges squameuses qui évoluent vers une cicatrice ponctuée indélébile sans qu'il y ait eu ni papule, ni vésicopustule, ni bulle, ni ulcération nécrotique. A ces lésions petites et nombreuses s'ajoutent des taches violacées plus grandes d'atrophie cutanée de 3 à 15 millimètres de diamètre, reliées aux lésions maculo-squameuses par d'insensibles transitions. »

Dans le troisième cas (avec Ducourtioux, 1926, 595), la lésion ponctuée est identique, mais elle repose sur une lésion différente : papules d'abord rosées œdémateuses de 5 à 10 millimètres, qui rapidement se parsèment de ces « ponctuations » squamo-croûteuses sans ulcération sous-jacente.

Tuberculides papulo-squameuses atrophiques (1926, 585, avec Fernet) :

Lésions cutanées récidivantes des mains et des pieds, nez, oreilles, voile du palais, etc., accompagnées de « pseudo-rhumatismes » : taches érythémateuses de 3 à 50 millimètres « recouvertes d'une squame lamelleuse peu adhérente, avec au centre, une zone arrondie un peu jaunâtre, déprimée, et d'aspect atrophique ». (Depuis la malade est morte de tuberculose aiguë.)

Érythème circiné centrifuge mobile *chez un tuberculeux non syphilitique : tuberculide érythémateuse centrifuge* (avec Coyon, 1911, 247). Éruption circinée sur le tronc et les bras, constituée par un trait rose pâle ou rose violacé, non saillant, non infiltré, non squameux, large de 2 millimètres environ, circiné, dessinant des cercles de 5 à 60 millimètres de rayon, à marche centrifuge rapide, progressant de 4 à 12 millimètres par jour, s'effaçant en six à dix jours pour reparaître ailleurs.

Larges plaques de cyanose transitoires chez les tuberculeux (1913, 325) avec Coyon.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES FORMES ANCIENNEMENT CONNUES

Placard érythémato-squameux persistant depuis six semaines après une cuti-réaction tuberculinique et ressemblant à un lupus érythémateux (avec de Beurmann, 87).

Éléphantiasis *vulvaire* (115, p. 515), éléphantiasis des membres (290, 320).

Gros œdème blanc froid *transitoire* de tout le bras gauche, prémonitoire de l'éphantiasis sur un bras atteint de gommes bacillaires (avec Gaucher et Bricout, 258).

Traitement de l'éléphantiasis tuberculeux (1920, 479) par la radiothérapie, l'héliothérapie, le permanganate de potasse.

Chéloïdes et tuberculose (115, p. 510, 119, 131).

Kraurosis vulvaire tuberculeux (115, p. 527).

Lupus érythémateux aigu à forme *de roséole* (avec Gaucher et H. Salin, 255).

Érythème induré de Bazin : le premier géant, le deuxième nain, tous deux avec tuberculides papulonécrotiques superposées (avec Filliol, 606).

Traitement du lupus tuberculeux par la Finsenthérapie (267). Traitement général et local des lupus tuberculeux (étude de pratique : 343 et 384).

Traitement du lupus érythémateux par la chrysarobine et l'acide chrysophanique (1923, 525), sauf les formes aiguës ou intolérantes.

Traitement général des tuberculoses et tuberculides cutanées (625). — Mise au point de cette question d'actualité.

TRANSFORMATION

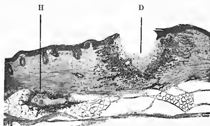
Il nous a été donné de présenter plusieurs malades atteints de tuberculides associées (248, etc.). Nous ne citerons que le cas de tuberculoses cutanées multiples associées sur un même malade avec des formes de transition (avec Gaucher et Guggenhein 1910, 214).

Ce cas est remarquable par les formes de transition entre diverses formes de tuberculoses : 1° transformation des tuberculides papulonécrotiques en tuberculoses verruqueuses incontestables, et il est curieux de voir une « tuberculide » devenir une « tuberculose »; 2° formes de transition entre les tuberculides papulo-nécrotiques et les tuberculides angiomateuses; 3° entre le purpura et les angiomes; 4° entre le lichen scrofulosorum et l' « Eczéma scrofulosorum »[1].

1. Dans la série des tuberculoses folliculaires nous avons de même signalé et étudié les « Transformations de tuberculose verruqueuse en lupus Willanique et inversement transformation de lupus en tuberculose verruqueuse » (1913-326).

REPRODUCTION EXPÉRIMENTALE DES TUBERCULIDES
(93, 94, 121, 148).

Avec Laroche, nous obtenions les premiers la reproduction expérimentale du lichen scrofulosorum, et surtout des tuberculides papulo-nécrotiques, de l'érythème de Bazin, induré par simple frottis de bacilles virulents sur la peau épilée du cobaye, etc. (93, 94). Entre temps, par l'inoculation de la tuberculine



Papulo-nécrotique expérimentale : D lésion dermique à centre nécrosé à infiltration cellulaire périphérique sans cellules géantes ni follicules tuberculeux — H traînée profonde d'envahissement; ce foyer profond caséo-hypodermique tuberculeux est caséifié au centre, et parsemé à sa périphérie de cellules géantes et de follicules tuberculeux. — Les deux lésions (D lésion dermique initiale et H lésion hypodermique de propagation) sont séparées par une bande de tissu dermique intact; il faut insister sur le contraste entre la structure non folliculaire atypique de la lésion initiale D et la structure folliculaire typique de la lésion de propagation H.

à un cobaye tuberculeux, nous obtenions encore une chéloïde expérimentale (121).

Nos travaux expérimentaux résumés dans plusieurs publications (93, 94, 121, 148) résumaient l'historique de cette question, la critique des résultats antérieurs, nos expériences avec une étude clinique et évolutive, histologique et histogénétique, bactériologique détaillée et de nombreuses figures, ils montraient l'identité clinique évolutive et histologique des tuberculides papulo-nécrotiques expérimentales et humaines,

Cette preuve de la reproduction expérimentale des tuberculides longtemps attendue, est décisive. Gougerot et Laroche, dit M. Darier, ont « réussi récemment à produire expérimentalement plusieurs tuberculides par frictions de cultures pures de bacilles de Koch sur la peau épilée du cobaye, et cela tranche évidemment la question... ».

PATHOGÉNIE (38, 93, 94, 115, 131, 148, 277).

Nos observations humaines, et surtout les constatations expérimentales nous permettaient avec Laroche d'affirmer, sauf pour certains érythèmes, la pathogénie bacillaire locale des tuberculides (38, 93, 94, 115, 131), de réviser la pathogénie des tuberculides (94), de préciser le mode d'action du bacille par une nouvelle et longue étude expérimentale (131, 148) en comparant l'action expérimentale des bacilles virulents, atténués, morts et des débris bacillaires, de discuter les voies d'inoculation (nous émettions l'hypothèse des inoculations épidermiques des tuberculides dans certains cas), d'approfondir l'action du terrain (accroissement de résistance, tuberculinisation) et des causes prédisposantes, de montrer que souvent la tuberculide cutanée est une réaction défensive et destructrice d'un embolus bacillaire chez un individu sensibilisé, en état de demi-immunité, de mettre en lumière le rôle des sensibilisations locales.

CLASSIFICATION

Périodiquement nous nous sommes attaché à préciser l'état actuel des tuberculoses cutanées et tuberculides (38, 131, p. 110).

Dès 1906, nous résumions le classement des formes anciennes et nouvelles et en particulier, nous proposions un classement des formes du lupus érythémateux par série de formes de transition (38, 115, 131), et toujours nous nous efforcions d'insister sur l'unité du processus des tuberculoses folliculaires et non folliculaires, sur la nécessité de les réunir en série continue de virulence décroissante : « Cette opposition n'est plus à maintenir, écrivions-nous dès 1906 (38, p. 1107 et 115, p. 345, etc.), la série des lésions est continue et de virulence décroissante », et dans nos conférences nous groupions tuberculoses et tuberculides en séries de virulence décroissante, divisant (594) les séries en trois sous-groupes :

— *tuberculoses* (y classant les anciennes tuberculides dont la nature tuberculeuse est démontrée).

— *tuberculides*, en réservant à ce mot le sens primitif de Darier : faits d'attente dont la nature bacillaire est probable, mais non encore démontrée bactériologiquement.

— *tuberculoïdes* : lésions non tuberculeuses ressemblant aux tuberculoses et tuberculides de cette série.

Par exemple, dans la série des lésions nodulaires sous-cutanées, on a : — I. la gomme classique, la tuberculose nodulaire caséeuse non ulcéreuse de Kraus, les sarcoïdes sous-cutanées de Darier dont fait partie l'érythème induré de Bazin et

sa forme ulcéreuse d'Hutchinson, qui sont des tuberculoses démontrées. — II. la sarcoïde sous-cutanée de Darier-Roussy, les érythèmes noueux subaigus traînants qui doivent être des tuberculides. — III. les syphilis. mycoses, infections pyogènes, etc., tuberculoïdes ressemblant aux faits précédents.

CRITIQUE ET DIAGNOSTIC

Tous ces faits nous amenèrent à faire l'étude critique des méthodes de démonstration de la tuberculose cutanée dans un long mémoire couronné par la Société de Dermatologie (prix Zambaco, 1907, 88) et notamment (avec de Beurmann) de l'ophtalmo-réaction, et de la cutiréaction en dermatologie (1907, 86), et surtout d'une technique nouvelle, la cutiréaction tuberculeuse sur les lésions cutanées ou *cutiréaction locale* (1907-87).

TUBERCULIDES ET SYPHILIS (1926, 594).

A la suite de Ravaut, Pautrier, etc., signalant, chez des malades semblant atteints de tuberculides, des B. W. positifs et les heureux effets du traitement arsenical, certains ont nié la plupart des tuberculides et en faisaient des syphilides; nous sommes toujours resté fidèle à la vieille conception. Ces discussions se sont calmées et personne ne conteste plus l'existence réelle des tuberculides papulo-nécrotiques, érythèmes indurés de Bazin, sarcoïdes tuberculeuses, lupus érythémateux, etc.

Mais il était important d'interpréter les faits qui servirent de point de départ à ces attaques contre les tuberculides. Il faut distinguer :

— 1° Les erreurs de diagnostic : gommes syphilitiques mycosiques, pyodermites, etc. (271), simulant les sarcoïdes, syphilides acnéiformes simulant les tuberculides papulo-nécrotiques, etc.; avec Gaucher et Croissant nous avons présenté à la Société de Dermatologie (1911-243), un homme atteint de syphilides papulo-squameuses, simulant de tous points le lupus érythémateux, y compris l'atrophie centrale et l'hyperkératose ponctuée; seul le traitement antisyphilitique trancha le doute en le guérissant rapidement.

— 2° Les hybrides syphilitico-tuberculeux sur lesquels ont insisté, avec juste raison, Fournier, Brocq, Milian, Jadassohm, etc., et que nous croyons beaucoup plus fréquents que l'on ne croit.

— 3° L'évolution très fréquente des tuberculides sur terrain syphilitique, surtout hérédo-syphilitique (Fournier, Brocq), qui favorise si souvent l'éclosion des tuberculoses. Chez de tels malades, il n'est pas étonnant que le B. W. soit positif et que les traitements antisyphilitiques (calomel, arsenicaux), donnent des résultats heureux par hétérothérapie.

— 4° et 5° Enfin on peut admettre chez les malades porteurs de tuberculides sans syphilis, une action eutropique de l'arsenic, ou une action bactéricide non spécifique du cyanure, des arsénobenzènes, etc.

TUBERCULOSES CUTANÉES FOLLICULAIRES

TUBERCULOSES ET NOCARDOSES ÉLÉPHANTIASIQUES ULCÉREUSES ET FISTULEUSES, RECTO-ANO-GÉNITALES ET BUCCALES

(1924, 531, 1925, 553).

Depuis 1910, nous avons collectionné plus d'une vingtaine d'observations de ces syndromes. « Ce sont des lésions éléphantiasiques siégeant d'ordinaire



Tuberculose éléphantiasique recto-ano-périnéo-génitale et fessière.

au pourtour anal (parce que venant le plus souvent d'une rectite de même nature), envahissant le périnée, les régions fessières, les organes génitaux, etc.,

plus rarement atteignant la langue, la bouche, le palais, le cou (2 cas). Les régions envahies sont déformées par la tuméfaction éléphantiasique, bosselées de gommes et d'abcès fermés ou ouverts, elles sont donc parsemées d'ulcérations ou de fistules suppurantes, parfois de placards végétants; les ganglions sont inconstamment pris (tuberculose); l'évolution est très lente; l'état général finit par s'altérer et les malades se cachectisent; les traitements paraissent peu



Tuberculose éléphantiasique buccolinguale avec adénite suppurée. Face dorsale de la langue œdématiée, ravinée de bandes scléreuses, ficelant la langue de grosses bosselures.

efficaces, permettant au plus d'arrêter le processus ou de le faire régresser, mais sans parvenir à la guérison complète. »

A ce propos, résumant brièvement l'historique de ces faits rappelant les travaux de Quenu et Hartmann, de Pierre Delbet et Mouchet, de Sourdille, etc., sur la tuberculose rectale, nous discutions le rétrécissement syphilitique de Fournier et les affections voisines, nous séparions le syndrome éléphantiasique du rétrécissement rectal, car ce syndrome peut exister sans rétrécissement rectal et sans localisation anorectale.

Nous décrivions en détails les formes cliniques et leur pathogénie : — forme complète recto-ano-génitale; — formes incomplètes : forme rectale (ou rectite sans extériorisation), forme recto-anale, forme recto-ano-fessière, forme anale, forme ano-périnéale, forme ano-périnéo-fessière (avec intégrité du rectum), forme génitale.

Nous individualisions une forme nouvelle buccolinguale (deux cas) : la

lésion commence par la langue, envahit le plancher de la bouche, la bouche, le palais, le cou et les ganglions sous-maxillaires.

Nous complétions par une étude évolutive, anatomopathologique, historique, etiologique, diagnostique, pronostique et thérapeutique : « L'étude bactériologique complète de 14 cas m'a permis de démontrer la tuberculose par l'inoculation au cobaye, dans 7 cas (50 p. 100) et des nocardoses dans 4 cas (par constatation directe dans 3 cas et par séro-diagnostic dans 1 cas) donc dans 30 p. 100; les recherches sont restées négatives dans 2 cas (14 p. 100), 1 cas doit être mis à part étant dû à une infection mixte : tuberculose et nocardose. D'où le nom de tuberculoses et nocardoses éléphantiasiques ulcéreuses et fistulateuses que j'ai proposé, » et nous discutions le rôle inconstant des infections par les microbes habituels génitaux, par le gonocoque, le bacille de Ducrey; le terrain syphilitique est fréquent mais non constant, et jamais les traitements antisyphilitiques n'ont guéri ces malades.

TUBERCULOME HYPODERMIQUE FIBREUX MASSIF ET FISTULISÉ

(1926, 571).

« Tout un segment de membre est infiltré en masse, plans profonds et superficiels, par un énorme bloc dur à limites ou diffuses ou nettes, qui, sur certains points, s'abcède, se fistulise, laissant sourdre quelques gouttes de pus qui tuberculise le cobaye. L'évolution est chronique durant des années sans régression notable avec parfois des poussées subaiguës d'œdème dur, douloureux, correspondant à la formation d'un abcès. Ce tuberculome massif des membres envahissant en bloc hypoderme, muscles et derme qui est collé au bloc fibreux sous-cutané comme dans la sclérodermie, ne semble pas être d'origine osseuse chez notre premier malade : tout au moins la radiographie ne relève aucune lésion osseuse, mais les esquilles osseuses témoignent de l'atteinte du fémur chez le deuxième malade malgré l'intégrité apparente et trompeuse du fémur à la radiographie ». Histologiquement c'était une sclérose diffuse massive avec d'exceptionnelles cellules géantes.

TUBERCULOSE FONGUEUSE SARCOMATIFORME

(1926, 580, avec Léon Lévy).

Par ses très larges ulcérations, par ses fongosités volumineuses faisant hernie, cette tuberculose du poignet, vraisemblement d'origine synoviale, simulait au premier abord un sarcome.

LE FOLLICULE TUBERCULEUX ET SA SIGNIFICATION (131, 224).

MYCOSE ET TUBERCULOSE : Mycose masquant un lupus (470).

PSEUDOTUBERCULOSES PAR CORPS ÉTRANGERS (1907, 144, avec Vaucher).

TERRAINS ET TUBERCULOSES CUTANÉES

Tuberculoses cutanées post-exanthématiques : tuberculoses cutanées multiples disséminées post-morbilleuses (43, 1906).

Poussée lupique post-varioleuse : Variole et tuberculose (41, 1905; 43, 1906).

Lupus vulgaire ayant subi des poussées extensives à la suite de trois érysipèles (584 avec Filliol).

Tuberculides « *pernio* » en nappe et xanthome dans les mêmes lésions : Hypercholestérinémie défensive et curative (1928, 632). — Ce malade n'était pas curieux seulement par l'association rare dans la même lésion de tuberculides pernio en nappe et de xanthome (démontré histologiquement), mais parce que la guérison des tuberculides a commencé avec l'augmentation des xanthomes. Rappelant en détails les faits cliniques et expérimentaux sur l'action antitoxique et anti-infectieuse de la cholestérine, nous étions amené à conclure que ce fait n'est que l'exemple cutané de la guérison des tuberculoses par l'hypercholestérinémie et qu'il faut dististinguer deux réactions de défense cholestérinique, l'une passive de débarras ou d'emmagasinement, l'autre antitoxique, anti-infectieuse, par surproduction défensive sans rétention.

SARCOÏDES

Dans différents travaux (309, 351, 356, 419, 489, 571) nous avons fait l'étude historique et critique des groupements des sarcoïdes et dans la thèse de notre élève Roger Bonnaud (Paris, 1913), nous résumions 3 cas (le 1er, sur un médecin, de sarcoïde cutanée qui tuberculisa le cobaye) et nous en proposions une classification nouvelle, nous concluions que les sarcoïdes représentent un syndrome dû à des causes différentes, surtout à la tuberculose et nous demandions « l'abandon du terme en tant que substantif, pour ne lui con-

server qu'une signification tout adjective », et l'adoption du terme de *tuberculose sarcoïde* pour désigner les sarcoïdes dues à la tuberculose.

Nous individualisions des types nouveaux : **lymphosarcoïde** (1096, 45, 122, 123) [v. page 74] **sarcoïde fibreuse massive** (1926, 571). Nous apportions des observations nouvelles de types récemment étudiés : **sarcoïdes sclérodermiformes** (419, 516), **sarcoïdes par corps étrangers**.

TUBERCULOMES HYPODERMODERMIQUES INDURÉS EN PLAQUES TUBERCULOSES « SARCOÏDES » SCLÉRODERMIFORMES

(avec Denéchau 1918, 419; 423, 516 avec Fernet).

Cette sarcoïde est constituée par de larges plaques indurées hypodermodermiques de 10 à 200 millimètres, de 3 à 6 millimètres d'épaisseur, survenant ou non après des taches purpuriques, bien délimitées, multiples, au nombre de 7 aux cuisses, bras... chez notre 1er malade; l'épiderme est à peine marbré de rose violacé, non ivoirin; la saillie n'est appréciable qu'à jour frisant; le derme est adhérent « fixé » présentant le phénomène de la peau d'orange, mais il n'est pas envahi comme dans la sclérodermie, et on peut lui imprimer de petits mouvements sur l'infiltrat. Les lésions étaient non folliculaires : nappes fibreuses denses et traînées lympholo-conjonctives; l'inoculation au cobaye fut positive; le 914 et le calomel restèrent inactifs.

Avec Pierre Fernet nous présentions un cas semblable à la Société de dermatologie (1923, 516) : « sarcoïdes en nappe sclérodermiformes des membres inférieurs ».

SARCOÏDE HYPODERMIQUE MASSIVE FIBREUSE OU FIBROCONJONCTIVE

(forme nouvelle) (1921, 489; 1926, 571).

La sarcoïde fibreuse massive est tantôt secondaire à une irritation, telle est l'observation que nous avons signalée en 1921 avec Desaux (489) : elle était survenue plus de trois ans après des injections d'huile camphrée à la seule cuisse gauche, malgré que cette cuisse ait moins reçu d'injections que la cuisse droite; le début fut rapide, pseudophlébitique, l'évolution fut progressive avec des poussées inexpliquées, l'ablation fut suivie de récidive *in situ* et les cicatrices opératoires devinrent chéloïdiennes, l'inoculation ne fut malheureusement pas faite, mais la cutiréaction tuberculinique fut fortement positive. Histologiquement c'est la structure des tuberculoses fibreuses. C'est donc « une sarcoïde par corps étrangers ».

Tantôt la sarcoïde massive peut survenir sans cause et notamment sans injeetion (1926, 571);

Il en était ainsi chez une malade de vingt-huit ans : les lésions ont débuté à la cuisse droite en 1905, trois mois après une pleurésie sérofibrineuse gauche deux fois ponctionnée et en deux ans elles ont progressivement, lentement, sans poussée, atteint le maximum actuel. En février 1913, lors de notre premier examen, toute la cuisse droite est tuméfiée en bloc plus grosse de 11 centimètres de pourtour que la cuisse gauche, l'infiltrat massif indolent dur ligneux ne montre à la palpation minutieuse aucun point ramolli, la peau est collée à l'infiltrat sous-cutané, les limites sont diffuses, peu nettes.

Une *biopsie* profonde est faite à la novocaïne permettant l'inoculation au cobaye, des cultures, des recherches directes de parasites sur frottis et sur coupes (qui toutes restèrent négatives), et l'étude histologique. Le sérodiagnostic mycosique de Widal et Abrami est complètement négatif, de même que la séro réaction de Bordet-Wassermann : du reste, des traitements iodurés, mercuriels, arsenicaux étaient restés sans action. Au contraire l'*intradermoréaction tuberculinique* est d'une intensité extrême et la cicatrice de biopsie devient rapidement et fortement *chéloïdienne*. *L'inoculation au cobaye fut positive.*

Histologiquement, la lésion est formée par des lésions seléreuses riches en cellules fusiformes, basophiles et par des travées ou nappes *fibrocellulaires* constituées par des fibrilles collagènes et des moyens et petits mononucléaires et de rares plasmazellin. Çà et là, on découvre : — des *follicules tuberculeux* caractéristiques avec belles *cellules géantes*, sans nécrose, ni caséification, — des lobules adipeux dissociés par l'inflammation fibro-cellulaire et dont les cellules sont en atrophie proliférative, — des vascularites basophiles non oblitérantes.

Entre les sarcoïdes massives infiltrant en bloe toute une cuisse, et les sareoïdes sous-cutanées nodulaires de Darier-Roussy, se placent des formes de transition : sarcoïdes conglomérées, sarcoïde massive noueuse; et nous en étudions un eas (571) qui subissait des poussées lunaires.

« Entre le tuberculome hypodermique fibreux massif fistulisé et les sarcoïdes hypodermiques, massives, fibreuses, les rapports s'imposent eliniquement, histologiquement, bactériologiquement; l'aspect elinique est le même, mais avec eette différence qu'il n'y a dans les sarcoïdes, ni abeès, ni fistulisation cliniquement, ni caséifieation, ni ramollissement histologiquement. En un mot, il y a, entre la tubereulose massive fistuleuse et la sarcoïde massive, les différences qui séparent la gomme tubereuleuse classique de la sarcoïde sous-cutanée de Darier-Roussy. Ces types sont distincts, mais appartiennent à la même série de tuberculose à virulence déeroissante. »

SARCOÏDES PAR CORPS ÉTRANGERS : (avec Desaux 1921, 489).

Les nodules d'enkystement des corps étrangers et notamment après l'injection d'huile médicamenteuse ou de paraffine « esthétique » étaient connus, mais leur signification nous semblait avoir été insuffisamment comprise, car on en faisait, de simples nodules d'enkystement des corps étrangers : nos observations ont montré qu'il s'agissait de lésions inflammatoires ayant une évolution progressive,

donc « de véritables sarcoïdes », que la tuberculose joue dans leur développement un rôle important, soit local et direct, puisque dans un de nos cas la sarcoïde contenait des bacilles démontrés par l'inoculation au cobaye, soit indirect en créant un terrain spécial véritable diathèse fibro-conjontive comparable à la diathèse chéloïdienne.

Tout d'abord, par l'analyse des observations, nous nous attachions à démontrer que ces lésions sont des sarcoïdes et non de simples nodules d'enkystement et nous apportions les signes différentiels dans un tableau :

« Sarcoïde déclenchée par l'irritation du corps étranger » ou « sarcoïde par corps étranger »	« Simple réaction d'enkystement de corps étranger »
« survenant tantôt précocement tantôt tardivement dix-huit à trente-six mois après l'injection.	« survenant précocement dans les premiers jours ou les premières semaines
« s'accroissant lentement en plusieurs mois	» s'accroissant rapidement en quelques jours
« ne se résorbant pas ou après une longue longue évolution	« tantôt se résorbant rapidement
« presque toujours à tendance extensive, donc dépassant le volume du corps injecté et parfois contrastant par son infiltration massive avec le petit volume injecté	« tantôt restant fixés sans tendance extensive, donc se réduisant sensiblement au volume du corps injecté
« présentant parfois des poussées subaiguës	« ayant une évolution régulière sans poussées
« s'étendant parfois loin du foyer injecté et parfois même à distance sans suivre forcément les trajets lymphatiques : parfois la sarcoïde est séparée du corps étranger par plusieurs centimètre de tissus sains.	« ne s'étendant pas à distance ou ne s'étendant que par voie lymphatique
« pouvant récidiver après ablation de même qu'une chéloïde.	« ne récidivant pas après ablation
« Les cicatrices d'ablation sont souvent chéloïdiennes.	« Les cicatrices ne sont pas habituellement chéloïdiennes.
« Le pronostic est souvent grave esthétiquement en déformant la région injectée, et en faisant soupçonner soit une tuberculose associée, soit un terrain tuberculeux créant une diathèse fibro-conjonctive »	« Ce pronostic est bénin, ne déformant pas la région injectée, ne laissant pas suspecter une tuberculose ou diathèse associée, car il ne semble y avoir dans ces cas que la seule irritation du corps étranger. »

On peut encore, en faveur de la conception des sarcoïdes, ajouter :

— « l'inconstance des lésions et la rareté de leur développement en comparaison des milliers d'injections pratiquées : s'il s'agissait d'une simple réaction de corps étranger, elle serait presque constante.

— « l'apparition en un seul point, chez un malade injecté en plusieurs points.

— « le maximum des lésions parfois au point qui a reçu le moins d'injections, ce qui serait paradoxal si la lésion était uniquement due à l'irritation du corps étranger injecté. »

Puis nous discutions les causes de ces sarcoïdes :

— Tuberculose ou peut-être autre infection? En faveur de la tuberculose nous réunissions les preuves cliniques, les arguments comparatifs avec les autres sarcoïdes et surtout dans un cas l'inoculation positive au cobaye ; et ce nous semble l'étiologie la plus fréquente. Mais nous croyons avoir observé un cas de « sarcoïde par corps étranger d'origine syphilitique, véritable syphilis post-traumatique consécutive à une injection esthétique de paraffine dans les seins : car l'infiltrat se résorba par un simple traitement mercuriel en trois semaines, alors qu'il progressait depuis six mois. »

— Terrain de diathèse fibroconjonctive ; nous faisions la comparaison de ces sarcoïdes avec les chéloïdes : « ce sont des chéloïdes hypodermiques » et là encore on retrouve le terrain tuberculeux de même que dans les chéloïdes.

On conçoit les déductions pronostiques et thérapeutiques qui découlent de cette nouvelle conception : recherche et traitement du terrain tuberculeux, etc.

DERMOÉPIDERMITES MICROBIENNES : STREPTO-STAPHYLOCOCCIQUES

(382, **384**, **391**, 392, 395, 396, 398, 401, 413, 415, 418, 437, 438, 451, 452, 469, 480).

Les dermoépidermites microbiennes sont des infections dermiques et surtout épidermiques, s'étendant d'ordinaire sur une large surface, revêtant



Dermoépidermite strepto-staphylococcique erythemato-exulcéreuse suintante.



Dermoépidermite strepto-staphylococcique erythematosquameuse eczématiforme.

des aspects cliniques multiples et dues aux microbes pyogènes, surtout au streptocoque et au staphylocoque.

Dès avant guerre, ainsi qu'en témoigne le moulage 2478, nous avions commencé cette étude à la suite des travaux de Sabouraud sur les strepto-

coccies sèches et à l'occasion des accidents du travail, des infections cutanées entourant les fistules des pleurotomisés. La guerre nous a donné l'occasion d'en faire une étude complète parallèlement à Brocq et Desaux, Perrin de Marseille, etc.

Dans nos rapports mensuels reproduits dans le *Journal des Praticiens* du 10 juin 1916 (382), dans notre « Dermatologie « (384), et surtout dans



Dermoépidermite strepto-staphylococcique « en carapace ».

notre mémoire d'ensemble couronné par l'Académie de Médecine (391) puis dans des publications successives, nous étudions en détails cette passionnante question sous toutes ses faces.

Étiologie notamment les formes tardives survenant des mois après une blessure qui a laissé des microbes saprophytes dans l'épiderme et une sensibilisation locale.

Pathogénie : sensibilisations générales et locales aux microbes pyogènes.

Multiplicité des formes cliniques classées en quatre séries et décrites minutieusement :

1re série : formes subaiguës érythémato-exulcéreuses (391-384) : 1er type pustuleux miliaire sur base rouge en érysipèlatiforme; 2e type érythémato-exulcéreux suintant; 3e type avec pyodermites folliculites, impétigo, ecthyma divers; 4e type ulcéreux. Et nous en rapprochions une variété nouvelle : la **Dermoépidermite** *streptococcique* **aiguë** *érythémato-papuleuse vésiculeuse, érosive ou pustuleuse en plaque à progression centrifuge* (1917-398).

2e série : *formes* **eczématiformes** *simulant toutes les variétés d'eczéma* (391-384).

3e série : *formes* **érythématosquameuses**; nous en décrivions des variétés nouvelles (391-384) : formes **psoriasiformes** (418); formes **en carapace** (451-480-384); formes **parcheminées** (451-469-384); formes **verruqueuses** (simulant la tuberculose, etc.) (219-271-413-384); formes **amiantacées** dont la fausse teigne amiantacée d'Alibert (396-452). Les coexistences de la T. amiantacée et des infections du cuir chevelu (furoncles, impétigo); les formes de transition entre les épidermites microbiennes banales et les formes plus rares amiantacées aux membres; les T. amiantacées consécutives à des pyodermies; les formes de passage sur le cuir chevelu entre les pyodermites et la T. amiantacée, et surtout la transformation sous nos yeux de l'impétigo en T. amiantacée; la guérison de la T. amiantacée par les traitements des dermoépidermites nous ont fait admettre depuis longtemps que la T. amiantacée est une variété des dermoépidermites microbiennes : infection streptostaphylococcique, avec ou sans intervention du bacille bouteille de Malassez.

4e séries : *formes* **polymorphes** : sur une même lésion s'associent en différents secteurs plusieurs des formes précédentes (391-384)[1].

Formes généralisées (401-384); étude clinique diagnostique et thérapeutique. Elles simulent les dermites exfoliatrices si souvent incurables, alors que l'épidermite guérit par le traitement antiseptique et notamment les bains de permanganate.

Formes infantiles de la tête (parfois syphiloïde par ses lésions de la bouche), du siège, formes généralisées, etc. (415-384).

Froidures des extrémités : *Fréquence et importance des dermoépidermites microbiennes immédiates, persistantes, récidivantes* **greffées** *sur froidures* (1918-423). Nos observations insistaient sur la multiplicité pathogénique des accidents des froidures ou « pied des tranchées ». Sur la froidure

1. Dès la rentrée de la guerre nous faisions don au Musée de Saint-Louis de nombreuses photographies de ces dermoépidermites (437-438).

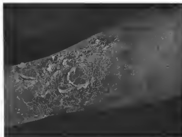
se greffent des infections diverses, et tandis que Raymond et Parisot montraient le rôle des champignons, nous soulignions la fréquence des dermo-épidermites microbiennes et la multiplicité des formes cliniques :

— formes suraiguës gangréneuses;

— formes aiguës « érysipélateuses » laissant des ulcérations;

— formes aiguës érythémato-papuleuses vésiculeuses érosive ou pustuleuse en plaque (que nous avons décrites auparavant au visage, 1917-398).

— formes subaiguës miliaire purulente, érosive, etc.



Dermoépidermite strepto-staphylococcique parcheminée.

— formes chroniques persistantes tenaces, polymorphes érythémato-squameuses (1916-391);

— formes récidivantes et formes passagères.

— formes **résiduelles** se réduisant à des onyxis érythémato-squameux, à des intertrigos des orteils, à des plaques érythémato-squameuses plantaires (non mycosiques); nous décrivions en détail ces trois variétés localisées résiduelles, car elles étaient peu connues, confondues trop souvent avec des troubles trophiques.

Importance des dermoépidermites microbiennes (strepto-staphylococciques) en pathologie exotique (426, 384). — Nos observations montraient la fréquence et l'importance pratique des dermoépidermites microbiennes en pathologie exotique, chez nos coloniaux français et chez les indigènes. Non seulement on observe les formes si nombreuses que nous avons décrites en France (391), mais des formes particulières simulant le craw craw (395), les ulcères tropicaux; nombre d'affections exotiques indé-

terminées ne sont que des dermoépidermites ainsi que nous l'avons prouvé à propos d'une « épidémie » de lésions des pieds sur un fort contingent malgache (1918-426) et ainsi que le confirma la guérison rapide par le traitement des dermo-épidermites microbiennes. « C'est en opposant la gravité du pronostic, la lenteur trop fréquente des traitements dans les craw craw, ulcus tropicum, et « affections tropicales indéterminées, à la rapidité de guérison, et au pronostic favorable de ces épidermites microbiennes que l'on comprendra tout l'intérêt qu'a le patricien à savoir reconnaître les dermo-épidermites microbiennes » en pathologie exotique[1]. »

Diagnostic : Nous groupions les signes anciens et nouveaux insistant sur les pustules plates intraépidermiques et les cupules qu'elles laissent en s'ouvrant, la collerette épidermique, la transformation sous nos yeux de jour en jour d'une pyodermite classique en dermoépidermite, l'épreuve thérapeutique, etc. (391, 384).

Pronostic : Importance de l'eczéma associé (391, 384) qui retarde la guérison en raison de l'intolérance de l'eczéma aux applications antiseptiques, guérison en deux temps d'abord de l'épidermite, puis de l'eczéma.

Traitement (391, 392, 384...) : Étude détaillée forme par forme en insistant dans les formes généralisées sur les bains de permanganate et dans les formes localisées sur les badigeons de nitrate d'argent et les applications de baumes réducteurs plus ou moins dilués de pâte d'oxyde de zinc suivant la technique des « deux pots ».

Dangers des épidermites microbiennes méconnues. **Prophylaxie** *de l'Érysipèle, de la furonculose, etc., par la destruction des repaires microbiens* (433). L'érysipèle est souvent précédé d'épidermite microbienne, car l'épidermite a permis au streptocoque de sensibiliser l'organisme, et l'organisme sensibilisé se laisse envahir.

A son tour l'érysipèle peut aggraver les lésions épidermiques chroniques allant même jusqu'à en provoquer la généralisation (observation typique) en donnant une poussée de sensibilisation. Nos observations cliniques, nos cuti-réactions en ont fourni la preuve et souligné l'importance majeure des sensibilisations dans la pathologie des pyodermites et épidermites.

« Il n'y a pas que les lésions frappantes d'épidermite chronique qui soient

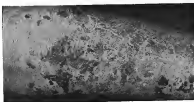
1. Un de nos malades, médecin colonial rapidement guéri en une vingtaine de jours d'un soi-disant craw-craw rebelle depuis sept mois, a publié son auto-observation. H. Bauvalet, *Bulletin de la Soc. de path. exotique*, 14 février 1917, n° 2, p. 137.

graînes d'infections épidermiques graves et d'érysipèle : des lésions minimes



Dermoépidermite strepto-staphylococcique verruqueuse du dos de la main simulant une tuberculose verruqueuse. Ecthyma des doigts.

d'épidermite streptococcique chronique, si minimes qu'on les néglige, simple pityriasis, intertrigo rétro-auriculaire, soi-disant eczéma séborrhéique,



Dermoépidermite strepto-staphylococcique polymorphe.

précèdent souvent l'éclosion des érysipèles et préparent cette éclosion par le mécanisme de la sensibilisation.

On peut donc faire une prophylaxie efficace de l'érysipèle en détruisant ces repaires cutanés de « streptocoques », sans négliger les repaires muqueux, surtout le repaire endonasal.

Il en est de même de maints furoncles, ecthyma, etc.

Importance générale et pratique des dermoépidermites (391, 384...). Tous ces faits montrent la grande importance des dermoépidermites microbiennes.

— En nosologie, beaucoup des anciens eczémas séborrhéiques et des parakératoses de Brocq sont, d'après nous, à rattacher aux dermoépidermites microbiennes. On peut classer plus exactement nombre de faits obscurs (384, p. 393, 413, 420) et à ce propos nous revisions après Sabouraud, ce que doit être le véritable eczéma *sur* séborrhéique (384, p. 420...).

— En pratique, nous montrions l'intérêt pronostique, prophylactique et thérapeutique du diagnostic de dermoépidermite microbienne qui permet de guérir presque toujours des lésions jusque-là rebelles.

INFECTIONS CHRONIQUES DUES A DES BACTÉRIES PYOGÈNES

ABCÈS FROIDS, ULCÉRATIONS TORPIDES, FOLLICULITES PAPULO-NÉCROTIQUES, PYODERMITES VÉGÉTANTES ET VERRUQUEUSES TUBERCULOÏDES

(**271** et **298**, 74, 133, 134, 135, 144, 178, 219, 340, 384, 497).

On s'est habitué à l'idée que les bactéries pyogènes : streptocoques, staphylocoques, entérocoques, pneumocoques, etc., ne produisent que des inflammations aiguës et souvent l'on est surpris de voir les microbes des infections aiguës déterminer des affections froides, le plus souvent chroniques. La connaissance de ces affections chroniques froides dues à des bactéries pyogènes est importante en pratique, car maintes fois on les confond avec des lésions tuberculeuses ou syphilitiques, pour le plus grand dommage des malades[1].

Sur la peau[2], à l'exception des furoncles et acnés chroniques et sauf quelques rares observations de pyodermites végétantes d'Hallopeau, d'Azua et Sala, d'abcès froids multiples des nourrissons, ces faits étaient peu ou pas connus avant nos publications (**271**, 733, 134, 135, 144, 178, 219, 298, 340, 384). En recherchant systématiquement les tuberculoses atypiques et les mycoses, nous avons recueilli de nombreuses observations et prouvé que les cocci et bactéries pyogènes : diplocoques, streptocoques, staphylocoque, bacilles pseudo-diphtériques, etc., peuvent produire des affections chroniques multiples :

1. Ces infections « froides » ont été signalées dans les viscères et nous avons cité les premiers cas sur le péritoine : étude clinique : Péritonites des brightiques. Contribution à l'étude des polysérites brightiques (*Tribune médicale*, 27 janvier 1906, nº 4, p. 53; étude expérimentale : *Soc. méd. des hôpitaux*, 5 février 1909, nº 5, p. 200, note 1.

2. En cherchant les mycoses nous n'avons pu réunir que trois cas personnels d'abcès osseux froids dus à des *cocci* : tibia, grand trochanter, phalange, et deux cas d'abcès intra-musculaires froids, dus l'un au streptocoque, l'autre au bacille d'Eberth. Les examens bactériologiques complets, qu'il faut exiger désormais, éliminaient la tuberculose (formule cytologique à polynucléaires et macrophages, pas de bacille, inoculation negative au cobaye, réaction tuberculinique négative), la syphilis (Wassermann négatif, traitement marcuriel inactif), les mycoses (culture négative sur gélose glycosée et bouillon maltosé, sporo-agglutination et réaction de fixation mycosique négatives) ; au contraire, la constatation dans les abcès fermés de cocci dans le pus, àl'examen direct des frottis, et les cultures pures affirmaient la nature coccienne de ces abcès.

1º Abcès froids (134, 133, 271).

Abcès unique sous-cutané du tronc ou des membres, du prépuce, etc., abcès mammaire.

Abcès multiples régionaux, axillaires et pectoraux, de la jambe.

Abcès agminés en plaque de la jambe, du cou, du scrotum.

Abcès échelonnés lymphangitiques des membres, de la verge.

Et nous avons retrouvé des observations de faits connus : *Phlegmon ligneux* cervical, cervico-scapulaire, thoracique, etc., de Reclus, petits abcès froids multiples des nourrissons (271).

2º Ulcérations tuberculoïdes (*ecthyma tuberculoide*) (497) surtout aux membres inférieurs, torpides, à fond atone, à bords violacés plus ou moins irréguliers, déchiquetés, souvent décollés, traînantes : « si l'on surprend le mode de début, on s'aperçoit que l'ulcération s'est constituée rapidement en 8 à 10 jours, que la lésion naissante ressemblait à un ecthyma, et parfois on voit évoluer à côté de l'ulcération tuberculoïde, une pustule d'ecthyma dont l'ulcération devient tuberculoïde. »

3º Pyodermites végétantes et folliculites agminées torpides simulant la tuberculose ulcéro-fongueuse (Anthrax tuberculoïde). Déjà signalés par Hallopeau, Azua et Sala, ces faits semblaient exceptionnels. Avant guerre nous en avions cité un cas démonstratif (271); depuis lors nous en avons collectionné quatre cas pendant la guerre, au pied et au dos de la main (384), et nous en avons observé bien d'autres depuis la guerre, quelques-uns simulant *l'actinomycose* (424 de 1918).

4º Verrucomes tuberculoïdes dus a des cocci-pyogènes (*Impétigo verruqueux, pyodermite impétigineuse ou ecthymateuse verruqueuse*) (219, 271, 384...) Un premier cas fut publié en collaboration avec MM. Gaucher et Dubosc (Soc. Dermatol, 24 avril 1911, p. 139). Nous en avons depuis retrouvé de multiples exemples (384) sur le dos de la main, au bras, aux doigts, notamment un cas remarquable « d'acrodermatite verruqueuse » staphylococcique (271) Les erreurs de diagnostic avec la tuberculose avaient été commises par des dermatologistes.

5º Papulo-nécrotiques et papulo-pustules tuberculoïdes (*ecthyma, impétigo de Bockardt, acné, folliculites, furoncles tuberculoïdes*) (74, 178, 271). Nous croyons avoir été le premier à en donner la démonstration clinique, bactériologique, thérapeutique et expérimentale. « L'aspect clinique des papulo-nécrotiques n'indique pas toujours une lésion bacillaire, disionsnous en 1907 (74 p. 677), quelques-unes ne sont que des suppurations banales chez des tuberculeux. Cliniquement, elles ressemblent aux vraies papulonécrotiques bacillaires, parce que, chez les tuberculeux, ces suppu-

rations se prolongent, parce que la nécrose est précoce, parce que l'auréole érythémateuse se cyanose et que la cicatrice se pigmente. Histologiquement, l'erreur est faite parce que ces lésions chroniques peuvent avoir une structure tuberculoïde. »

Nous sommes persuadé que dans certains diagnostics de tuberculides, les malades, « exempts de tuberculose profonde », sont des non tuberculeux atteints de pyodermites cocciennes tuberculoïdes?

Les preuves que nous accumulions étaient nombreuses :

Preuves cliniques. — « On surprend le début par une folliculite ou une vésicule claire, puis suppurée, entourée d'une auréole carminée, et on trouve mêlées aux soi-disant tuberculides des pustulettes de pyodermite incontestable, différentes des tuberculides naissantes. L'évolution se fait en quelques jours et est plus rapide que celle des tuberculides qui demande plusieurs semaines. La lésion est arrivée à la période d'état souvent en 3 à 4 jours, rarement en plus de 8 à 12 jours, la guérison est plus prompte, la lésion obéit au traitement externe des pyodermites qui est peu ou pas efficace sur les tuberculides. »

Preuves bactériologiques. — « La culture des lésions fermées par la méthode des pipettes de Sabouraud décèlera la streptococcie ou la staphylococcie » (1907). Dès le début, l'on colore des cocci sur lame alors que la tuberculide débutante non ouverte a un contenu aseptique.

Preuve histologique. — « Un premier examen histologique pourrait faire croire à la tuberculose, car les lésions sont parfois tuberculoïdes. Un examen histologique plus minutieux montrera l'importance de la polynucléose et de l'exsudation fibrineuse, alors que dans la tuberculide non ouverte, la nécrose est prédominante, l'appel des polynucléaires est presque nul, la précipitation de fibrine manque, ou est peu prononcée; les formations tuberculoïdes sont l'exception, la lésion a l'allure phlegmasique. Sans faire de biopsie, le simple frottis du centre de la lésion naissante montrerait ces différences. »

Preuves expérimentales. — «... et surtout la reproduction de la lésion par auto-inoculation expérimentale sur le même sujet, prouve que ces soi-disant tuberculides papulo-nécrotiques ne sont que des suppurations chroniques... » dues à des cocci pyogènes. Plusieurs fois nous avons tenté cette expérience anodine, en frottant la peau du malade sur un point symétrique, soit avec le magma central des lésions adultes, soit avec les cultures tirées de ces lésions : le plus souvent les frottis reproduisent des pustulettes qui prennent l'aspect tuberculoïde (1907).

En 1907-1908 nous avons pu ajouter l'argument de la reproduction expérimentale des lésions sur l'animal (rat nouveau-né ou très jeune) par

frottis de cultures pures de streptocoques et de diplo-streptocoques (C. R. Soc. Biologie, 1909, t. LXVII, p. 651).

Pathogénie. — Pourquoi ces pyodermites prennent-elles l'aspect tuberculoïde? nous avons montré l'importance de deux facteurs au moins (178, 271...).

— Le premier est l'atténuation des bactéries pyogènes démontrée par la faible virulence expérimentale des cultures et du pus des lésions (271).

— Le deuxième est l'action du terrain. « La plupart de ces malades sont des scrofuleux suspects ou convaincus de tuberculose, ce sont au moins des acroasphyxiques. Il ne nous paraît donc pas douteux que le terrain bacillaire imprime aux réactions de l'organisme un cachet spécial; les lésions se teintent de violacé, la suppuration est plus torpide, la nécrose plus fréquente, la cicatrisation est ralentie, les ulcérations restent atones, les cicatrices se pigmentent, etc. »

Mais plusieurs de nos malades ne sont pas des tuberculeux, ce sont des acrocyanotiques, des insuffisants glandulaires, des dysthyroïdiens, des scrofulo-lymphatiques.

Diagnostic des pyodermites chroniques. — Dans ces diverses publications nous avons insisté sur les signes diagnostiques : — Début par une pyodermite. — « Évolution rapide (en 4 à 10 jours, rarement davantage, la pyodermite tuberculoïde est arrivée à la période d'état). — Mélange de lésions tuberculoïdes, impossibles à différencier des tuberculoses correspondantes, avec des pyodermites typiques. — Transformation d'une pyodermite surprise à son début, en une lésion tuberculoïde. — Guérison rapide des lésions tuberculoïdes qui paraissaient les plus tenaces par les antiseptiques.

« On conçoit tout l'intérêt pronostique et thérapeutique que comporte le diagnostic de pyodermite pour le malade. En effet, on n'a pas l'habitude d'appliquer aux tuberculoses un traitement antiseptique chimique; or ces pyodermites tuberculoïdes, qui semblaient souvent devoir être traînantes guérissent rapidement par les antiseptiques.

« Il est donc inutile d'insister sur les dommages que peut causer au malade le diagnostic erroné de tuberculose que tant de fois nous avons vu faire autour de nous : en quelques jours un traitement externe des plus simples, appliqué grâce à un diagnostic exact, a guéri des lésions soi-disant tuberculeuses qui duraient depuis des semaines et les malades étaient délivrés de la menace de tuberculose viscérale que semblaient annoncer ces lésions cutanées. »

COMPLICATIONS CUTANÉES DES PLAIES

(384, 388, 436, 440, 448, 457, 461).

Chef de centre dermatosyphiligraphique pendant la grande guerre de 1916 à 1919, il nous a été donné de faire, en collaboration avec nos collègues chirurgiens, l'étude jusque-là trop négligée des complications cutanées des plaies, de démêler leur étiologie et pathogénie et l'on put ainsi réaliser de grands progrès thérapeutiques. Ces complications cutanées, pour être heureusement moins fréquentes, conservent en temps de paix leur intérêt diagnostique et thérapeutique, car il reste des « accidents civils » et la loi sur les accidents du travail soulève des problèmes souvent délicats.

On peut distinguer six séries de complications :

I. — COMPLICATIONS AIGUËS (érysipèle, lymphangite, gangrène, etc.) et SUBAIGUËS

Dans ces dernières, moins connues, nos travaux bactériologiques ont montré, à côté des pyogènes classiques (staphylocoques, streptocoques, bacilles pyocyaniques...) des pyogènes que l'on croyait rares : *entérocoques, colibacilles, bacilles pseudo-diphtériques, pneumobacilles de Friedländer.*

II. — ULCÉRATIONS CHRONIQUES (455).

C'est l'un des problèmes le plus fréquemment posés, et pour appliquer un traitement efficace, il faut s'efforcer de préciser le diagnostic étiologique et pathogénique en envisageant les hypothèses suivantes :

1° SYPHILIS POST-TRAUMATIQUES : nous avons étudié longuement cette question capitale (436 et voir p. 182), le diagnostic des **ulcérations syphiloïdes** (384, 388) et les **simulations** de syphilis (384).

2° TUBERCULOSES POST-TRAUMATIQUES, rares, elles résultent les unes

d'un éveil d'une tuberculose latente (gomme et abcès froids s'ulcérant d'ordinaire, exceptionnellement ulcération végétante fongueuse); les autres d'une inoculation par la plaie : tuberculose verruqueuse ou végétante avec ou sans lymphangite gommeuse ascendante. Nous signalions les suppurations et pyodermites ulcéreuses tuberculoïdes (voir p. 96).

3º Mycoses post-traumatiques (voir p 55).

4º Ulcérations sur chéloïde **ou sur cicatrice fibreuse** dues à des infections microbiennes ou à l'oblitération des vaisseaux par le tissu fibreux; la radiothérapie en est le meilleur traitement.

5º Épithélioma. Nous avons observé un seul cas de cette complication exceptionnelle (448) : épithélioma pavimenteux à globes cornés du bord du maxillaire supérieur droit largement ulcéré, succédant à une fracture du maxillaire supérieur, par coup de crosse, reçu six mois auparavant et compliqué d'ostéite chez un homme de trente-sept ans.

Tous ces diagnostics éliminés, on arrive à deux hypothèses, simulations (384, et voir ci-dessous p. 102) et :

6º Ulcérations chroniques torpides; ces ulcérations « simples » des anciens auteurs résultent, le plus souvent, ainsi que l'ont montré nos examens bactériologiques en série et les traitements « d'épreuve », d'une infection chronique par les pyogènes, infection favorisée par un mauvais terrain cutané : tissu fibreux cicatriciel, troubles vasculaires ou vasomoteurs, troubles nerveux trophiques, par exemple sur une jambe ou sur un moignon d'amputation.

Nos observations en ont précisé les formes cliniques : ulcérations irrégulières (et même « étoilées ») ou régulières (et même parfois exactement syphiloïdes), superficielles ou profondes, à bords décollés ou épais « calleux » et leurs formes évolutives tantôt fixes, tantôt extensives, leur pronostic aggravé par l'état variqueux ou cyanotique et purpurique (497).

Leur traitement passe pour être décevant; pourtant la cicatrisation s'active lorsqu'on s'acharne à varier les moyens et nous nous sommes ingénié à combiner ou alterner les traitements (384) — applications antiseptiques (surtout le sous-carbonate de fer) — boues radioactives avec ou sans eau glycosée — applications calmantes cytotropiques (sérum de cheval liquide ou en poudre) — traitements « physiothérapiques » — greffes — radiothérapie afin d'assouplir la sclérose cicatricielle sous-jacente qui étrangle les vaisseaux et trouble les nerfs, etc.

III. — ÉLÉPHANTIASIS (384).

A l'étude des éléphantiasis post-traumatiques, nos observations ont apporté des précisions : « Des œdèmes éléphantiasiques surviennent tantôt après des traumas graves, plaies profondes, fractures compliquées ou suppurées. Tantôt ils sont rapportés à des traumas légers et même « douteux », c'est-à-dire « racontés » par le blessé, donc suspects de simulation.

« Ces œdèmes envahissent la main et l'avant-bras, la partie inférieure du bras, durent depuis des mois, un, deux ans; des troubles associés sont fréquents, mais non constants : parésie, tremblement, hypoesthésie, anesthésie, atrophie musculaire, décalcification.... »

Un cas expérimental et nos observations ont montré qu'un « lien large, peu serré, posé la nuit, et même, chez certains sujets, la flexion forcée et prolongée de l'avant-bras sur le bras, ou de la jambe sur la cuisse suffisent à créer un œdème chronique, blanc, dur avec troubles trophiques ». Cet œdème peut persister « plusieurs semaines malgré la cessation de la compression, sans doute par troubles vaso-moteurs; il faut se souvenir de cette persistance pour ne pas éliminer la simulation lorsque la pose d'un appareil plâtré n'a pas suffi à guérir l'œdème ».

IV. — TROUBLES TROPHIQUES (383, 384, 457).

Nous avons surtout étudié avec Charpentier et après Babinski et Froment les troubles « **réflexes** » consécutifs à une blessure des extrémités. « Ascendants ils consistent en cyanose, œdème, hyperkératose, état lisse de l'épiderme, etc., avec ou sans autres troubles : parésie, contracture, etc. Ces troubles sont en disproportion évidente avec le peu d'étendue et la localisation du trauma et non proportionnels aux troubles moteurs et sensitifs associés et inconstants. »

Un de nos blessés (457) superposait à ces *troubles réflexes* intenses, une bande de **lichénification** sur le pouce.

Des troubles trophiques nous rapprochons le **vitiligo post-traumatique** dont le développement a commencé autour de la blessure dans une de nos observations (462).

V. — DERMATOSES EN SURFACE POST-TRAUMATIQUES

Nos observations ont permis de reviser les notions anciennes qui croyaient à la fréquence des eczémas, psoriasis, etc., post-traumatiques :

Les dermites artificielles par irritation externe par abus des antiseptiques sont rares, bénignes et passagères, sauf anaphylaxie à tel médicament (par exemple à l'arnica) (597). Les eczémas « purs » par choc nerveux ont été rares si l'on excepte les eczématisations secondaires sur dermoépidermites microbiennes. Les lichens, les psoriasis post-traumatiques ont été exceptionnels dans mon centre de guerre, et discutables, car il faut éliminer les dermoépidermites microbiennes eczématiformes, psoriasiformes, etc.

Nos observations ont au contraire montré la très grande fréquence et l'importance pratique des dermoépidermites microbiennes (384, 391, etc., voir p. 88).

VI. — DERMATOSES EXAGÉRÉES OU SIMULÉES

De cette question qui comporte des problèmes médico-légaux importants, nous avons essayé de faire une étude détaillée (384); nous avons classé les faits cliniques en séries : plaies traînantes, « ecthyma » et folliculites simulés, gangrènes, lésions syphiloïdes, tuberculoïdes, ulcérations couenneuses, en insistant sur les lésions syphiloïdes, à cause de difficultés pratiques. Nous avons groupé les signes diagnostiques : contours rectilignes, polygonaux, angulaires, bavures, éclaboussures, etc., épreuve du traitement occlusif.

Enfin nous avons détaillé les traitements occlusifs en montrant qu'il faut les graduer suivant l'habileté du simulateur jusqu'à l'appareil plâtré et blindé de plaques métalliques.

DERMATOSES EXOTIQUES

LEPRE

MARCHE DE L'INFECTION LÉPREUSE : CHANCRE LÉPREUX, BACILLÉMIE HANSÉNIENNE (28-1906) et 162, 163, 164-1909).

Cette observation nous a permis en 1906 de préciser la marche de l'infection lépreuse et d'apporter la première constatation de la bacillémie.

Le début de la lèpre fut marqué, comme dans les cas de Leloir, de Marcano et Wurtz, etc., par une lésion initiale cutanée, anesthésique du front, **chancre lépreux** unique, qui précéda de 8 mois l'éclosion des accidents généralisés. Dans le même sens, nous interprétions les lésions des pieds et des jambes constatées au début d'un grand nombre d'infections lépreuses, à Java et dans les pays chauds, où les indigènes marchent pieds nus, exposés à tous les traumatismes et à toutes les contagions. De ces chancres cutanés, nous rapprochions les lésions endonasales si fréquentes au début de la lèpre, dont beaucoup semblent être des chancres muqueux dus à l'inoculation respiratoire de poussières bacillifères.... Il y aurait grand intérêt à dépister dès le début ces lésions initiales de la lèpre, car, grâce à leur lente évolution, on peut espérer, avec Marcano et Wurtz, que la destruction de ces lésions uniques et localisées empêcherait la généralisation de la maladie.

La **bacillémie hansénienne** fut démontrée au troisième jour et à l'acmé d'une poussée aiguë éruptive. Une *technique* spéciale qui utilise l'hémolyso-diagnostic de Lœper et Louste et se complète d'inoculations de contrôle au cobaye, afin d'éliminer les bacilles de Koch, permet d'affirmer la nature lépreuse des bacilles constatés. Chez notre malade les bacilles étaient en extrême abondance, isolés ou agglomérés : certains globi comprenant plus de 50 bacilles; la plupart étaient libres, extra-cellulaires, quelques-uns étaient contenus dans des leucocytes altérés ou morts. Dans le sang comme dans les tissus, le bacille de Hansen conserve donc les mêmes particularités : prodigieuse abondance, tendance à l'agglomération en paquets, peu de réaction cellulaire, et c'est là ce qui individualise cette bacillémie.

La comparaison des **états leucocytaires,** au moment de la poussée aiguë et à des périodes intercalaires, nous a montré que la lèpre suit les lois générales des leucocytoses : « au moment de la poussée, polynucléose et diminution des éosinophiles, apparition d'exceptionnels myélocytes éosinophiles; en dehors de la crise tendance à la mononucléose et éosinophilie... ».

L'étude d'un léprome ancien biopsié en période chronique de repos et d'un léprome récent biopsié en pleine poussée aiguë, nous permettait de **comparer histologiquement et bactériologiquement le processus lépreux à ses phases aiguë et chronique.**

La démonstration d'un accident initial et de la bacillémie hansénienne au moment des poussées lépreuses, nous fut l'occasion de préciser le mécanisme de l'infection lépreuse et de la comparer à l'infection syphilitique : période de *microbisme latent, première incubation, chancre lépreux, deuxième incubation, explosion des accidents généraux,* provoquée par la décharge bacillémique et marquée par une poussée fébrile; puis *poussées successives* dues à la dissémination des bacilles par la voie sanguine. La lèpre nerveuse ne fait pas exception à cette règle, bien que la propagation de la maladie par névrite ascendante sans généralisation sanguine soit possible.

Cette étude de 1906 a été confirmée par des observations nouvelles et l'ensemble de ces résultats confirmatifs a été résumé au Congrès de Bergen 1909 (162, 163, 164), en collaboration avec MM. de Beurmann, Guy Laroche et Vaucher.

LÉPROMES NON ANESTHÉSIQUES (90-1907 et 165-1909).

Sans contester l'importance diagnostique des troubles sensitifs des lépromes, nous avons montré en 1907, avec M. de Beurmann, que ces troubles sensitifs peuvent manquer sur les lépromes les plus caractéristiques; chez plusieurs malades que nous avons suivis il n'y a jamais eu la moindre anesthésie. Ces faits contraires aux doctrines classiques ont une grande importance diagnostique : on ne doit plus rejeter le diagnostic de lèpre chez un malade suspect, parce que la peau aurait conservé toute sa sensibilité au niveau de lésions douteuses.

ULCÉRATIONS DES LÉPREUX (29 et 30, 1906, avec de Beurmann et Roubinovitch).

Cette étude clinique histologique, bactériologique montra *la diversité de nature des ulcérations des lépreux.* Le plus souvent, elles *semblent dues à des causes secondaires,* car l'on sait que le léprome n'a aucune tendance à la nécrose et à l'ulcération.

Ces ulcérations portent tantôt sur les lépromes, tantôt, en dehors d'eux, sur peau non lépromateuse. Plusieurs résultent, aux points de frottement, de traumas répétés empêchant la cicatrisation; quelques-unes post bulleuses semblent être uniquement de cause tropho-névrotique; la plupart sont dues à des *infections secondaires* (impétigo, ecthyma). L'état dystrophique de la peau, lié à la polynévrite et à la cachexie, favorise la naissance du processus ulcéreux et l'entretient; la réparation est d'une extrême lenteur.

LÉSIONS VISCÉRALES : FOIE, RATE, TESTICULES. **LA SCLÉROSE LÉPREUSE** (29, 30, 31, avec de Beurmann et Roubinovitch).

Des autopsies complètes nous permirent d'étudier la sclérose lépreuse et de montrer que « cette sclérose est l'aboutissant des infiltrats lépromateux bacillaires, « qui souvent persistent encore, mais qui parfois ont disparu »; « elle semble due à l'action directe locale des bacilles »; « on en observe tous les degrés » et toutes les localisations : névrite interstitielle, petits nodules ou traînées périvasculaires fibreuses, très pauvres en bacilles dans le derme, allant jusqu'à donner du tissu chéloïdien, etc.

« Aux testicules la sclérose détruit la glande... : orchite fibreuse lépreuse, sclérose diffuse légère du stroma qui a conservé son architecture normale avec çà et là de petits infiltrats cellulaires, lésions énormes et diffuses des tubes glandulaires tous détruits et remplacés par des blocs fibreux parsemés de léprazellen. »

Au foie, la sclérose donne une *cirrhose hypertrophique biliaire.* « L'espace portite est totale, mais la prédominance péribiliaire est d'une grande netteté, les veines sushépatiques sont normales. Le parenchyme hépatique ne présente qu'une infiltration graisseuse périportale, le processus paraît éteint, fibreux, sans infiltrats cellulaires récents, sans bacilles »; cette forme de cirrhose hypertrophique biliaire n'avait pas encore été décrite dans la lèpre.

A la rate « sclérose infectieuse, périartérielle et pulpaire d'origine lépreuse; la lésion est assez comparable à celle du foie ».

BACILLURIE ET BACILLÉMIE HANSÉNIENNES : LE REIN DES LÉPREUX (1913, 306).

Avec M. de Beurmann nous individualisions une forme nouvelle de néphrite hansénienne : l'**hématurie lépreuse**. Chez un lépreux atteint de forme nerveuse bénigne maculo-anesthésique avec tuméfaction des nerfs, apparurent des hématuries intermittentes macroscopiques; une hématurie microscopique persistait dans l'intervalle avec albuminurie (de 0,50 à 2 gr. 50), cylindres granuleux témoins de la **néphrite chronique lépreuse**

hématurique; une fois nous avons pu déceler deux bacilles acido et alcoolo-résistants.

La **bacillurie hansénienne** *sans néphrite* n'était pas démontrée, une de nos observations en a donné la preuve : chez un Argentin atteint de forme tubéreuse classique, lors d'une quatrième poussée de lépromes avec fièvre, animation des anciens lépromes, apparition de nouveaux « tubercules », nous avons constaté la présence de bacilles de Hansen dans le sang et dans les urines, il eut ensuite un ictère biliphéique avec hépato-spénomégalie, cholurie, décoloration des matières, qui pose la question de l'hépatite lépreuse ictérique.

FORME SENSITIVE DOULOUREUSE DE LA POLYNÉVRITE LÉPREUSE, MODE DE DÉBUT DE LA LÈPRE (51, avec de Beurmann). « Les symptomes douloureux, presque toujours intenses, dominent le tableau clinique : douleurs et tuméfaction des nerfs sont souvent les seuls signes, ils masquent les troubles moteurs toujours minimes et les troubles trophiques à peine naissants; la polynévrite revêt donc la forme sensitive. Les poussées se répètent séparées par de plus ou moins longues rémissions et, pendant les premiers mois du début apparent de la lèpre, la polynévrite est presque exclusivement douloureuse ». Ce mode de début s'accompagne souvent de peu ou pas de symptômes cutanés. On conçoit donc les grandes difficultés de diagnostic et les erreurs lorsqu'on n'est pas prévenu.

FORME MOTRICE DE LA NÉVRITE LÉPREUSE : PARALYSIE RADIALE LÉPREUSE (166). Les formes motrices sont rares et peu connues, car le plus souvent la névrite est diffuse et la diminution de la force est proportionnelle à la diminution de volume des muscles. Des observations (en collaboration avec M. de Beurmann) prouvent que la lèpre peut donner une névrite *motrice sans amyotrophie marquée.*

Ces observations étaient des exemples d'une localisation rare, la névrite radiale. Cette névrite radiale parfois *isolée* sans lésion du cubital peut être la première manifestation clinique de la lèpre nerveuse, son intérêt diagnostique est à souligner et « il ne faudrait pas se refuser à discuter le diagnostic de lèpre chez des sujets atteints de paralysie radiale sous prétexte que le cubital est intact. »

TROUBLES MENTAUX DANS LA LÈPRE : PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE (32, 33). Contrairement à l'opinion habituelle, on peut observer des troubles mentaux dans la lèpre. Notre observation de 1906 étudiée en collaboration avec MM. de Beurmann et Roubinovitch « est la première connue

de psychose polynévritique chez un lépreux apparue neuf mois avant la mort. Du fait de son étiologie lépreuse cette psychose présente des particularités cliniques qui l'individualisent des autres psychoses polynévritiques, ce sont : le début tardif, plusieurs mois après le début clinique de la polynévrite, le pronostic fatal (l'apparition de la psychose semble un signe de mort prochaine); la fixité de l'état cœnesthésique, fait de dépression et de mélancolie, parce qu'il est la continuation de l'état normal psychique du lépreux (ce fond devient le fil conducteur de tout le délire créé par les illusions et les hallucinations); le contraste entre cette fixité et la fugacité des impressions due à l'amnésie antérograde. »

L'étude anatomique et histobactériologique fut aussi complète que possible : la polynévrite lépreuse était classique. Les lésions de la moelle et du cerveau n'avaient rien de caractéristique et ne contenaient pas de bacilles de Hansen.

Il y a contraste frappant entre les lésions légères et non caractéristiques des centres nerveux et des viscères et les lésions généralisées intenses spécifiques des nerfs périphériques.

La pathogénie est donc aussi obscure que celle de toutes les psychoses polynévritiques en général, et une conception éclectique semble la plus satisfaisante : prédisposition, troubles de perception dus aux lésions des nerfs, toxémie par lésions des viscères (foie, etc.), toxémie hansénienne.

ÉTAT MENTAL DES LÉPREUX. LES TROUBLES PSYCHIQUES DES LÉPREUX (avec de Beurmann (1909, 167). Nous analysions les opinions des médecins et des romanciers sur l'état mental des lépreux européens, fait de dépression et d'inquiétude; au contraire, nous montrions que les lépreux orientaux ignorant la gravité de la lèpre ou peu habitués à se préoccuper de l'avenir n'avaient pas ce pessimisme et restent avec un état mental normal, et nous rappelions les simulations de lèpre au moyen âge en France. L'état mental du lépreux européen moderne est donc une création secondaire, il est fait de deux facteurs, l'état mental antérieur, et la représentation mentale du pronostic de la lèpre.

LÈPRE NEUROTROPE FAMILIALE (avec Ruppe, 1921, 488). Cette observation est un exemple de lèpre familiale montrant la contagion de la lèpre, et surtout soulevant la question de la spécialisation des virus lépreux.

Le frère du malade fut le premier atteint en 1897 et mourut de lèpre nerveuse en 1911.

Le père du malade fut pris ensuite en 1906 de lèpre nerveuse (à la même

époque un autre frère fut pris de lèpre au visage dont on ne put nous préciser la forme).

La sœur du malade commence en 1911 une lèpre nerveuse.

Le malade âgé de trente-sept ans est atteint en 1916 de lèpre tubéreuse des oreilles, puis surtout de lèpre nerveuse.

Son fils âgé de quatorze ans a la même forme exactement que son père : taches hyper-et-hypochromiques « pseudo vitiligineuses », névrite du sciatique poplité externe.

Sans réveiller la discussion générale de l'unité et de la multiplicité des virus, il nous semble qu'il s'agit de races spécialisées plutôt « que de bacilles de Hansen fondamentalement différents; autrement dit, il peut exister des races dermotropes et neurotropes du bacille de Hansen, mais non des germes totalement différents et non transformables.... » De fait un frère du malade semble avoir fait une lèpre « cutanée » et le malade lui-même a débuté par des petits lépromes des oreilles.

FORMES ATTÉNUÉES, LOCALISÉES FIXÉES, CURABLES (624.)

Alors que classiquement la lèpre apparaît comme une infection toujours grave, progressive, incurable, nos observations recueillies surtout dans des familles lépreuses montrent qu'il existe des formes bénignes atténuées, localisées, fixées, curables : — L. tubéreuse disséminée discrète curable; — L. tubéreuse (localisée à la main, par exemple, et aux nerfs du bras correspondant); — Lèpre commençante localisée : chancre lépreux cutané, chancre lépreux muqueux (coryza); — Formes nerveuses atypiques : névrite localisée avec mal perforant plantaire; — L. pigmentaire anesthésique isolée; — Iritis lépreuse isolée; — Orchite lépreuse isolée pure ou associée à la syphilis.... Il faut connaître ces faits afin de les diagnostiquer dès le début, car le traitement est d'autant plus efficace que l'infection est moins grave.

BACTÉRIOLOGIE : LA LÉPROLINE DE ROST (91, 1907).

Cette étude (en collaboration avec M. de Beurmann) résumait les essais de cultures du bacille de la lèpre et exposait les travaux de Rost : ses procédés de culture, ses milieux, l'extraction de sa léproline : la léproline de Rost est un filtrat de cultures lépreuses et nous citons les preuves données par Rost de la « spécificité » de ses cultures.

Nous étudions la léproline sur les lépreux de l'Hôpital Saint-Louis, ses propriétés (thermostabilité) et les réactions générale et locale obtenues chez les lépreux par l'injection de la léproline ; réactions homologues des réactions

tuberculiniques chez les tuberculeux et nous distinguions quatre types de réactions : — 1er type : réaction fébrile précoce faible et courte; — 2e type : réaction fébrile précoce intense et prolongée; — 3e type : réaction lente et irrégulière, intense et très prolongée; — 4e type : réaction lente et irrégulière, moyenne ou faible.

Nous comparions la léproline avec la tuberculine : l'action des tuberculines sur les lépreux (sous-cuti-réactions, cuti-réactions en peau vague, cuti-réaction locale, c'est-à-dire sur léprome, ophtalmoréaction) et l'action de la léproline sur les tuberculeux.

Léprolinodiagnostic (91) et (169). — Puisque l'injection de la léproline provoque chez les lépreux des réactions homologues des réactions tuberculiniques chez le tuberculeux, il est possible d'établir un léprolinodiagnostic homologue du tuberculinodiagnostic de la tuberculose. Au Congrès de Bergen nous avons, avec M. de Beurmann, rapporté un cas de gangrène symétrique des extrémités où le diagnostic de lèpre, suspecté cliniquement, fut rejeté grâce au léprolinodiagnostic. L'évolution, d'autres recherches (sérodiagnostic de Gaucher et Abrami) ont confirmé ces résultats.

Traitement de la lèpre par la léproline (92, 170). — Nous résumions les observations de Rost et les observations de de Beurmann suivies en Extrême-Orient, les résultats obtenus à l'hôpital Saint-Louis, en collaboration avec M. de Beurmann.

ANAPHYLAXIE LÉPREUSE (1912, 292, 293).

Les réactions produites par la léproline de Rost (91, 92) et par nos vaccins (384), la comparaison de ces réactions avec celles produites par la tuberculine chez les lépreux, nous permirent d'admettre une *anaphylaxa lépreuse active*, de reproduire deux fois l'*anaphylaxie passive* chez le cobaye en lui injectant du sérum lépreux puis des bacilles lépreux dans le cerveau, de démontrer des *cosensibilisations* des lépreux à la tuberculine et inversement des tuberculeux à la léproline, donc une *anaphylaxie croisée* tuberculo-lépreuse; nous montrions l'intérêt général et pratique de ces notions nouvelles pour expliquer la chronicité, les récidives, les poussées aiguës et rémissions de la lèpre, les prédispositions, et pour déterminer les règles du traitement.

COMPARAISON DE LA LÈPRE HUMAINE ET DE LA LÈPRE DU RAT (1913-319).

Ni la morphologie ni l'histologie, ni les inoculations, ni les sensibilisations, ni l'étude sérologique ne permettent de conclure et nous rapportions nos

essais (une inoculation de la lèpre humaine au singe a été négative) : une trentaine d'inoculations de lèpre humaine aux rats blancs et gris par toutes les voies possibles, même dans les nerfs périphériques restèrent négatives. « Or on sait que la maladie du rat est facilement transmissible du rat au rat. Même en essayant de sensibiliser les rats par des inoculations successives, je n'ai eu que des insuccès. »

VACCINOTHÉRAPIE (292, 293, 334, 384).

La léproline de Rost extraite de « cultures » lépreuses étant difficile ou impossible à se procurer, nous avons proposé des vaccins bacillaires : « Sur le malade ou sur d'autres lépreux porteurs de lépromes, on enlève à la curette les lépromes (c'est d'ailleurs le meilleur traitement local), on sépare au bistouri les parties inutiles, épiderme et tissu adipeux, puis on broie les lépromes riches en bacilles, on les émulsionne dans l'eau salée ou dans le sérum de Ringer, on enlève les paquets adipeux surnageants, on dose à l'hématimétrie de Malassez en comptant les paquets bacillaires, on dilue, le cas échéant, de façon à avoir dix paquets environ dans dix rectangles de cet hématimétie, on répartit en ampoules et on stérilise soit par un chauffage de cinq minutes à 100°, soit par sept tyndallisations à 70°.

« On injecte dans la fesse 1 à 5 centimètres cubes de nos vaccins, en se guidant, pour le choix de la dose, d'après la richesse de l'échantillon fourni, l'état du malade, les réactions aux injections précédentes, comme dans le traitement de la tuberculose par les tuberculines; mais il ne faut pas craindre de provoquer dans la lèpre une réaction générale, fébrile[1] et locale, ce que l'on ne fait pas dans la tuberculinothérapie. On répète les injections tous les 4 à 7 jours suivant ce qu'a duré la réaction à l'injection précédente.... Ce traitement, qui a amené des « guérisons », ou l'arrêt de l'infection, est contre-indiqué chez les lépreux cachectiques, albuminuriques ou tuberculeux, en raison des réactions souvent très vives. »

TRAITEMENT DE LA LÈPRE PAR L'AMINO-ARSÉNOPHÉNOL (1922-509, 1923-521).

Trois cas ont été « blanchis » par les injections d'amino-arsénophénol (Eparséno de Pomaret) : — un Sud Américain atteint de lèpre « tuberculeuse » — un Français atteint de lèpre mixte : léprides érythémato-papu-

1. Hasson, s'inspirant de nos recherches et croyant que cette réaction fébrile est capitale, associe aux bacilles de Hansen (qu'il recueille dans la phlyctène des applications de neige carbonique) des vaccino-bouillons du Professeur Pierre Delbet afin d'augmenter l'action pyrétogène à 39-40°.

leuses circinées, pigmentées, névrites, lépromes du front etc., — un Sénégalais atteint de léprides leucomélanodermiques, nerfs cubitaux gros moniliformes (il eut une erythrodermie arsenicale).

Les lépreux paraissent plus sensibles aux arsénobenzènes que les syphilitiques « L'Eparséno a provoqué dans les trois cas, une animation des névrites donnant des douleurs souvent violentes et une réaction locale des lépromes (sorte de réaction d'Herxheimer lépreuse), une réaction générale, fièvre, malaise général.... » « Cette sensibilité à l'Eparséno oblige à un traitement prudent à doses progressives et espacées..., le lépreux traité par l'arsenic doit être surveillé encore plus attentivement que le syphilitique. »

UTILITÉ DES TRAITEMENTS ASSOCIÉS : Chimiothérapie chaulmoogrique, arsenic, vaccins (384, 521).

Confirmant les travaux de Holmann-Dean et Currie, etc., nous avons montré que les éthers chaulmoogriques pouvaient être employés non seulement en injection mais par voie rectale, mode souvent plus pratique que l'injection (suppositoires de Pomaret) et surtout nous avons insisté sur l'utilité d'associer les divers traitements au lieu de les opposer (384, p. 586) : le meilleur traitement nous paraît être la cure mixte, combinant ou alternant l'arsénothérapie (Eparseno en injections 1-2 à 2 cm³ ou en lavement 2 cm³ tous les deux jours) pendant 4 à 6 semaines puis sans arrêt, les éthers chaulmoogriques (en injections ou en suppositoires de 2 gr. chaque jour pendant un mois) ; on recommence sans arrêt cette cure.

En cas d'échec, on aurait recours à la cryothérapie locale et aux vaccins bacillaires.

NÉCESSITÉ DES TRAITEMENTS DE CONSOLIDATION ET D'UNE SURVEILLANCE PÉRIODIQUE (384).

« Le traitement ne sera pas arrêté avant la disparition complète de toutes les lésions, et le traitement général devra être poursuivi longtemps après la guérison apparente. Un lépreux « cliniquement guéri », ne doit plus avoir de lésions actives et ne doit plus réagir aux injections de vaccins. Des examens répétés du sérum permettront de suivre et d'assurer, avec plus de certitude qu'autrefois la guérison clinique. »

CRAW-CRAW

Nosologie (346). Deux cas de craw-craw, l'un avec Voillemot, suivis avant guerre nous permettaient d'apporter une contribution à cette question mal connue en France, de discuter le groupement des craw-craw et la

multiplicité des faits catalogués sous ce nom, de réserver avec les meilleurs auteurs le nom de craw-craw aux filarioses. Nos observations ajoutaient un fait nouveau montrant que le craw-craw authentique peut créer non seulement les papules habituelles, mais des abcès sous-cutanés.

De nombreuses observations de guerre nous ont prouvé que **beaucoup de *craw-craw* ne sont que des dermoépidermites microbiennes** (*streptostaphylococciques*, etc.) **ulcéreuses** (1917, 395); la preuve en est, les malades et notamment un de nos confrères, médecin des troupes coloniales qui nous furent envoyés par des médecins coloniaux avec le diagnostic ferme de craw-craw; l'analyse dermatologique clinique, les examens bactériologiques, et surtout la guérison rapide par les traitements que nous avions recommandés dans les dermoépidermites, montrèrent que nous avions raison.

Traitement. — Nous préconisions un traitement nouveau: deux malades guérirent par l'hectine en injections fessières de 0,10 à 0,20 chaque jour pendant 10 jours, arrêtées 5 jours et recommencées pendant 8 à 12 semaines. Et extérieurement cautérisations avec la solution aqueuse de permanganate de potasse à 1/20.

ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES PAYS CHAUDS

(60 et 71, 1907 avec de Beurmann).

Complétant les travaux de von Prozeck, nous avons été parmi les premiers (61) à démontrer la nature fusospirillaire de l'ulcus tropicum et l'identité de ces germes avec l'association fusospirillaire de Vincent. Les auteurs n'avaient signalé que le spirochète ou n'attachaient d'importance qu'à lui, Vincent mettait au premier plan le bacille fusiforme; nous avons insisté sur l'association des deux germes. Nous montrions le rôle important des spirochètes saprozoïtes vivant sur les muqueuses (71) dans la bouche « saine » et sur des lésions d'autre nature.

NODOSITÉS JUXTA-ARTICULAIRES

(177, 266, 475, 535).

La critique des documents, les conversations avec nos collègues coloniaux nous rendirent partisan de la multiplicité des causes des nodosités juxta-articulaires : pian, etc., et nous avons pu contribuer à démontrer deux de ces causes : — **Nodosités juxta-articulaires mycosiques** dues à *Nocardia*

Carougei (1909, 177, 266, v. p. 65) et **nodosités juxta-articulaires syphilitiques** (1920, 475).

Avec Burnier et Bonnin nous avons apporté une des premières observations prouvant l'origine syphilitique (475); le malade, un Français ayant séjourné à Madagascar, était un syphilitique avéré; il guérit par le 914 et le mercure. La biopsie montra que « c'est des gommes syphilitiques que cette lésion se rapproche le plus ». Discutant ce cas nous conclusions : « Il s'agit d'une syphilis spéciale par sa localisation juxta-articulaire et symétrique, par son mode de groupement, par son évolution lente, torpide, fibreuse, par l'absence de ramollissement gommeux et d'ulcération. »

Nous en soulignions l'intérêt pratique : « Il faudra devant tout malade atteint de ces nodosités, suspecter la syphilis, la rechercher et, même en l'absence d'antécédents, même avec une réaction négative, ce qui n'est pas rare en période tertiaire, tenter le traitement d'épreuve antisyphilitique. C'est la notion nouvelle de grande importance pratique qu'apporte notre observation. »

Avec Le Coniat (1924, 535), nous avons suivi une malade *française qui n'avait jamais quitté la France* et qui fut atteinte de nodosités juxta-articulaires des deux genoux, d'origine syphilitique; le B.W. était fortement positif et elle guérit complètement en une vingtaine de jours par des doses pourtant faibles de 0,06 à 0,30 de sulfarsénol.

Cette observation comporte des conclusions pratiques importantes :

— Les nodosités juxta-articulaires peuvent s'observer chez des Européens n'ayant pas quitté leur pays.

— La syphilis paraît en France la cause la plus fréquente de ces nodosités; il faudra toujours la rechercher et faire le traitement d'épreuve (et à ce propos nous distinguions l'action rapide et complète du traitement sur les lésions récentes ou non fibreuses et l'action incomplète sur les nodosités fibreuses).

GRANULOME VÉNÉRIEN FRANÇAIS

OU PHAGÉDÉNISME DE MAC-LÉOD-DONOVAN

Avec Bertillon, Peyre et Mlle Alice Roques, nous avons suivi une malade atteinte du syndrome dit granulome vénérien.

Les lésions étaient typiques à la vulve et aux aisselles, ulcéreuses et végétantes; l'observation clinique histologique, bactériologique était complète.

La maladie qui, depuis quatre ans avait été rebelle, a guéri par la radiothérapie.

Il ne semble pas y avoir eu inoculation vénérienne, le début a été exovulvaire dans les plis vulvo-cruraux et le phagédénisme prédomine dans les plis hors de la vulve.

Les frottis et cultures ne montrèrent pas le colymnobactérium mais le pneumobacille de Friedländer : était-il une surinfection ou l'agent causal?



« Granulome vénérien » français vulvaire ou Phagédénisme de Mac-Léod-Donovan.

Il fut impossible de conclure et nous discutions les rapports du colymnobactérium et du pneumobacille.

La malade et son mari n'avaient jamais quitté la France, et personne dans leur entourage n'était colonial.

Un court historique montrait que ce syndrome ne se rencontre pas seulement en pays exotique, Darier en avait déjà cité deux cas en France.

Faisant remarquer l'inexactitude des mots « granulome » et « vénérien », nous proposions d'appeler cette lésion : phagédénisme de Mac-Léod-Donovan.

LE PIAN ET LA SYPHILIS

(64-1907 avec de Beurmann).

Étude bactériologique, comparative, histologique, étiologique, clinique, diagnostique, thérapeutique, concluant à la différenciation des deux infections.

DE QUELQUES AFFECTIONS CUTANÉES INDÉTERMINÉES

Observées chez nos coloniaux (1917-410).

I. — **Verrucome squameux et exulcéreux** de la face chez un Tunisien proche du clou de Biskra (mais sans leishmania) à structure **d'épithélioma** pavimenteux à globes cornés avec forte réaction inflammatoire à B.W. négatif datant de 10 semaines. **Guérison en 16 jours par le 914 intraveineux.**

II. — **Placard érythémato-squameux** du creux poplité avec **grosses bulles** confluentes ou éparses, récidivantes, datant de 2 mois, laissant des cicatrices à pourtours pigmentés.

III. — **Ulcérations suppurées anfractueuses des orteils** (tuberculoïdes) **succédant à des abcès semi-chauds.**

DERMATOSES RÉACTIONS DE DÉFENSE

(336, 373, 377, 530).

Depuis l'avant-guerre nous étudions ces réactions de défense cutanée, montrant le rôle de la peau à l'état normal et pathologique dans la défense de l'organisme.

I. — INFECTIONS

Nous interprétions la tradition populaire des dangers des rougeoles « sortant mal » ou « rentrant » avec la notion des réactions de défense et nous prouvions qu'il en est de même dans les typhoïdes et paratyphoïdes par une analyse détaillée de nombreuses observations; la tache rosée est un témoin de la défense cutanée, donc de bon pronostic, et la gravité de la fièvre typhoïde n'est pas proportionnelle à l'intensité de l'éruption

« En effet, dans tous les cas graves, dans les cas mortels ou qui mirent la vie en danger, l'éruption reste discrète, ou bien, si elle était intense, ce qu'il nous arriva d'observer une fois avec une grande netteté, elle pâlit et disparut pendant que l'infection s'aggravait et se prolongeait; on aurait pu (toutes proportions gardées avec la rougeole) employer l'expression populaire d'éruption rentrée. Au contraire, toutes les typhoïdes accompagnées de taches nombreuses multiples ont été bénignes.

« Si la typhoïde est d'apparence sérieuse, souvent grave, avec fièvre intense à l'entrée du malade et si bientôt apparaissent des taches rosées multiples, l'infection devient bénigne, tourne court; l'éruption coïncide donc avec la nouvelle évolution bénigne et souvent elle l'*annonce.*

« Les mêmes phénomènes s'observent lorsqu'il s'agit de reprise et même de rechute.

« Si la typhoïde est bénigne mais prolongée, les taches se reproduisent incessamment, semblent vouloir montrer que, bien que prolongée, la maladie reste bénigne.

« Enfin, en dehors des taches du début, on voit souvent apparaître vers

la fin de la maladie des taches nouvelles tardives peu ou très nombreuses, qui semblent annoncer la fin de la maladie.

L'*explication* de ces faits est la même, disions-nous, que dans la rougeole.

« Dans la fièvre typhoïde, chaque tache rosée est due à une petite embolie microbienne de microbes vivants ou morts apportés par le sang; elle représente une lutte, un effort de l'organisme pour tuer le parasite vivant, dissoudre les cadavres microbiens et détruire les toxines qu'ils émettent ou qui ont été mises en liberté par la dissolution des microbes. La petite réaction inflammatoire, rougeur, œdème... traduit cette lutte. Plus la réaction est vive, plus la lutte est efficace et partant plus la défense est heureuse. On conçoit donc que chez un organisme affaibli par une infection grave, n'ayant pas la force de réagir, les embolies microbiennes n'amèneront pas ces petites réactions de défense; il y aura peu ou pas de taches rosées. Au contraire, chez un organisme laissé résistant par une infection bénigne ou de moyenne intensité, les embolies microbiennes cutanées, peut-être plus nombreuses dans ce cas parce que la peau cherche à être un émonctoire, se traduiront par des réactions de défense intense, c'est-à-dire par des taches rosées multiples généralisées. Que chez ce malade porteur de taches rosées multiples du début, l'infection s'aggravant diminue la résistance de l'organisation et par conséquent sa puissance de réaction, les taches rosées s'effaceront, les nouvelles embolies cutanées resteront muettes. Qu'un typhique grave arrive à se défendre et approche de sa défervescence, les embolies cutanées se traduiront à nouveau par des taches rosées : ce sont les taches rosées tardives annonçant ou accompagnant la défervescence, etc. »

Nous ajoutions : « Les mêmes faits, comportant les mêmes explications, se retrouvent dans d'autres infections à déterminations cutanées : *érythèmes polymorphes*, *éruptions des septicémies*, etc. »

II. — INTOXICATIONS D'ORIGINE EXTÉRIEURE

Nombre de substances toxiques déposées sur la peau donnent des lésions très diverses, depuis la simple rougeur et l'œdème jusqu'à la vésicule et la bulle. Sauf la destruction caustique, ces réactions cutanées représentent, d'après nous, des réactions de défense.

« L'eczéma d'origine externe (succédant à une irritation extérieure : sublimé par exemple) est l'exemple le plus complet de ces réactions défensives : à la suite de l'irritation se développe un placard d'*inflammation aseptique* plus ou moins diffus, rouge, tuméfié, chaud, douloureux, parsemé de vésicules cutanées, de petits soulèvements épidermiques remplis de sérosité.

Souvent, au-dessous du placard *cutané* de l'eczéma, on note un œdème *sous-cutané* plus ou moins intense.... Cet œdème hypodermique peut être considérable, et parfois il déborde le placard épidermique d'eczéma, ce qui prouve que l'afflux de sérosité produit par l'irritant peut n'être pas épidermique.

Nous montrions que « tout ce processus d'inflammation et d'œdème témoigne d'un effort défensif, et nous l'analysions à l'aide de faits cliniques et expérimentaux.

« *La peau se défend par cinq procédés au moins* :

1° « *La combustion* : L'eczéma *brûle* les toxiques, d'où la rougeur, la chaleur et souvent la douleur (ainsi s'explique les formes d'eczéma presque uniquement érythémateux avec peu ou pas de vésicules visibles).

« 2° *La dilution par l'œdème.*

« 3° *La neutralisation par les substances de la sérosité de l'œdème* : chlorure de sodium (Charles Richet, Brodin et Saint-Girons), substances protéiques, etc.

« 4° *La neutralisation par les tissus cutanés* : En effet, nos expériences montrèrent que le mélange de tissus cutanés broyés et de certains toxiques, notamment des poisons urinaires, c'est-à-dire des déchets habituels de l'être vivant, atténue la toxicité de ces substances toxiques.

« 5° *L'élimination par la sérosité* de l'eczéma qui coule souvent très abondante par les vésicules ouvertes et par *les squames* souvent épaisses, incessantes à la période subaiguë ou chronique de l'eczéma.

Mais pour que l'irritant donne de l'eczéma, il faut un terrain spécial dont nous rappelions les preuves classiques et nous montrions que ce terrain consiste surtout en une fragilité de la peau : une *porosité acquise ou héréditaire.* « Une peau saine ne se laissera pas imprégner par un irritant déposé sur elle (à moins qu'il ne soit caustique) : une peau fragile, au contraire, se laissera imprégner et pénétrer, l'épiderme devra alors se défendre sous la forme de réaction eczémateuse. »

Nous étudions les mécanismes des autres réactions de défense cutanée aux toxiques extérieurs.

« La *dermite artificielle*, dont les lésions sont de la même série, remplit le même but par la rougeur, l'œdème, la vésiculation distincte de celle de l'eczéma. D'ailleurs, entre l'eczéma et la dermite artificielle non eczémateuse existent toutes les transitions cliniques. Si le terrain n'est pas eczématisable, il n'y aura pas mélange de réaction eczémateuse. Mais, si le terrain est eczématisable, si l'action toxique n'est ni trop forte, ni trop faible, la réaction de défense eczémateuse s'ajoute à la réaction de défense plus banale que constitue la dermite artificielle.

« L'*urticaire* ou œdème dermique est un autre mode de réaction de défense

de la peau où prédomine un œdème brusque sans infiltration vésiculeuse de l'épiderme.

« L'*œdème sous-cutané* pur (tel que dans l'urticaire géante), ou associé à d'autres lésions telles que les eczémas et les dermites artificielles, est une réaction défensive plus intense :

Œdèmes sous-cutanés par dermite artificielle, réaction de défense (1919, 446).

« Les mêmes faits s'observent dans les brûlures par la chaleur ou par les toxiques, et pendant la guerre nous avons pu suivre de nombreux ypérités atteints de gros œdèmes sous-cutanés d'un bras, d'une main, du scrotum, qui n'avaient que des lésions cutanées relativement minimes, rougeur diffuse et bulles petites et discrètes : il y avait un contraste manifeste entre l'intensité de l'œdème sous-cutané infiltrant tout le bras, par exemple, et les lésions dermo-épidermiques des premier et deuxième degrés. Le plus souvent ce gros œdème sous-cutané était lent à disparaître et ne finissait de se résorber qu'après guérison de brûlures dermo-épidermiques.

Nous citions un fait semblable « chez une jeune ouvrière maniant pour la première fois des teintures de cheveux : simple rougeur cutanée sans vésicule avec œdème sous-cutané très marqué des mains et avant-bras; cet œdème a mis vingt jours à disparaître complètement alors que la rougeur cutanée s'éteignait en quatre jours. »

« En un mot, ces œdèmes sous-cutanés par irritation locale (brûlure, calorique, irritation chimique) rentrent, d'après nous, dans les réactions de défense locale : l'organisme pour se défendre contre le toxique chimique ou contre l'irritation de la brûlure calorique, appelle de l'eau, d'où l'œdème; car, outre les troubles vasomoteurs, il y a surtout, croyons-nous, diffusion locale par les lymphatiques du toxique chimique et, lorsqu'il s'agit de brûlures caloriques, des toxiques formés aux dépens des tissus brûlés. Le terrain règle la réaction de chacun, l'individu à peau fragile fera des lésions dermo-épidermiques marquées : bulles ou eczéma, s'il a cette porosité spéciale de l'épiderme qui est, d'après nous, une des caractéristiques de l'eczéma; l'individu à peau non fragile et à réactions vasomotrices faciles fera peu de réactions cutanées et surtout de l'œdème sous-cutané, etc. »

III. — INTOXICATION D'ORIGINE DIGESTIVE ET AUTO-INTOXICATION

Nous étudions en détail le mécanisme de ces dermatoses.

Les *intoxications* d'origine digestive et auto-intoxications rénales hépatiques, etc., qui donnent des réactions cutanées, sont nombreuses avec ou

sans anaphylaxies et nous rappelions que le plus souvent plusieurs causes s'associent :

« 1° Dès que l'organisme est intoxiqué, dès qu'il ne peut plus brûler et neutraliser les poisons par ses tissus, surtout par ses secrétions glandulaires, il cherche à se défendre. Cet effort défensif tend à se faire surtout par deux mécanismes principaux :

« *D'une part : éliminer les poisons* :

« 1° Par les émonctoires habituels : reins, intestins, estomac, poumons (d'où résulteront souvent des troubles d'élimination : pyélonéphrite, entérite, crises gastriques, dyspnée, asthmatiforme...);

« 2° Par les émonctoires dits inaccoutumés : peau, muqueuse nasale, utérine, d'où résulteront des troubles divers : dermatoses, coryzas (certains rhumes des foins), leucorrhée, etc., et parmi les dermatoses, la réaction eczémateuse est la plus fréquente.

« *D'autre part : déverser les poisons dans les parties tolérantes de l'organisme*, surtout dans les espaces interstitiels conjonctifs, surtout dans ceux des membres, en particulier dans l'hypoderme, et dans le séreuses.

« Cet emmagasinement ou rétention des poisons peut :

— « rester sans modification apparente (= rétention sèche) ou sans autre intervention que le dépôt (acide urique);

— « être diluée par l'eau salée (= rétention chlorurée et aqueuse provoquant l'œdème);

« — être fixée et neutralisée dans les substances graisseuses (= rétention adipeuse provoquant le développement de l'adiposité et l'obésité)....

« 2° Donc, pour des raisons inconnues ou connues (fragilité héréditaire, prédisposition acquise, etc.), les *poisons* tendent à *s'éliminer vers la peau.*

« Arrivant dans l'hypoderme et le derme, les poisons suscitent des réactions différentes dépendant et du terrain et de la nature de l'intoxication.

« S'ils restent dans l'*hypoderme*, ils provoqueront ou de l'œdème qui cherche à les diluer et à les neutraliser (œdème des rénaux, des hépatiques, etc., œdème des neuro-arthritiques, *urticaire géante*) ou du tissu adipeux qui les fixe et les neutralise (lipomes prémalléoraires, etc.) : œdème et graisse ne sont ici que deux modes de défense qui se succèdent.

« Si les poisons se localisent dans le *derme*, les réactions sont multiples (toxicodermies autogènes) :

— « *Prurit simple*, quand l'individu est avant tout un nerveux, que l'intoxication reste faible et que l'épiderme n'est pas perméable.

— « *Prurigo* avec ses papules si spéciales, quand autour des terminaisons nerveuses se forme un nodule inflammatoire aseptique.

— « *Urticaire,* lorsque un déséquilibre vaso-moteur subit permet une rapide exsudation de sérosité, aussi vite résorbée d'ordinaire. L'épiderme est imperméable; aussi n'y a-t-il pas d'eczéma. L'intoxication procède par à-coups rapides, aussi la lésion est-elle fugace.

— « *Erythème pur et simple,* lorsque tout se borne à la combustion, rougeur et chaleur, du tégument sans afflux d'œdème, sans perforation de l'épiderme par la sérosité, c'est-à-dire sans vésiculation ni suintement, etc., car l'épiderme n'est pas poreux ou l'intoxication est assez bénigne pour que la réaction de défense se borne au stade érythème.

— « *Erythème papuleux,* extensif, douloureux, en nappe (forme nouvelle : 386, voir page 143).

— « *Eczéma,* lorsque l'épiderme est poreux et que l'intoxication est assez intense et assez durable pour susciter une réaction marquée et prolongée; la combustion (dont résultent l'érythème et la chaleur) et l'œdème y tiennent la première place : en effet, c'est l'œdème épidermique qui donne la vésicule caractéristique et l'œdème atteint presque toujours en même temps le derme et très souvent l'hypoderme; la peau « fragile « poreuse » se laisse transpercer par les toxiques, d'où la vésiculation et le suintement qui caractérisent l'eczéma.

Nous soulignions (336) que « cette notion des réactions de défense explique :

— la fréquence des associations sur un même malade, de deux ou plusieurs dermatoses : prurit, urticaire, eczéma, dermite artificielle (la peau réagit à la fois par plusieurs modalités).

— les formes de transitions (par exemple les faits intermédiaires entre les eczémas papulovésiculeux et les papules de prurigo : la réaction donne un processus mixte);

— les eczématisations des autres dermatoses : impétigo, dermoépidermites strepto-slaphylococciques, épidermomycoses;

— les formes frustes; par exemple, on peut noter, tous les stades entre l'eczéma et l'érythème simple : l'œdème épidermique manque, « et l'on a, disions-nous, une dermite eczémateuse sans vésicule ».

« 3° *La réaction inflammatoire aseptique cutanée et sous-cutanée cherche à combattre l'intoxication par les cinq mécanismes énumérés ci-dessus* (v. p. 118). »

« En résumé, il y a donc dans ces dermatoses une *double réaction de défense* — tout d'abord *l'effort éliminateur vers la peau* afin de débarrasser l'organisme — ensuite *la réaction cutanée inflammatoire destructive, et la dilution par l'œdème* afin que les poisons en voie d'élimination soient moins nocifs.... »

« 4° Pourquoi la dermatose se localise-t-elle en tel point? Dans l'eczéma l'appel est souvent fait par une irritation externe, par des troubles vaso-

moteurs » par des pexies cutanées ayant fixé antérieurement des poissons en tel point (Dujardin).

« 5° Dans toutes ces réactions de défense cutanées d'origine interne le *terrain* joue un rôle capital de même que dans les intoxications d'origine externe » : il faut une prédisposition que les vieux cliniciens appelaient *idiosyncrasie*; la découverte de l'anaphylaxie de Richet appliquée à la clinique par Widal et ses élèves a rénové cette question, et montré toute l'importance des *anaphylaxies spontanées* chez l'homme (voir page 124).

« ÉQUIVALENCES » DANS LES RÉACTIONS DE DÉFENSE

Nous étudions en détails ces faits si discutés à la lumière de ces données nouvelles

I. — Accidents aigus : **métastases.** « Entre les divers modes de réaction de défense de l'organisme existent des équivalences de la plus grande importance. En effet, lorsque cette élimination des toxiques par la peau diminue, ou se tarit, malgré que l'individu reste intoxiqué, il peut se produire des accidents viscéraux, *métastases de l'eczéma* : accidents cérébraux dyspnées asthmatiformes, etc., et, chez les nourrissons, bronchopneumonie; en effet, il y a d'abord congestion aseptique, bientôt suivie d'infection, d'où bronchopneumonie. »

Ces mêmes données pathogéniques nous permettaient de trancher facilement la question qui divisait les anciens auteurs. « Faut-il traiter l'eczéma? » Il est exceptionnel qu'il faille tolérer l'eczéma.

II. — **Équivalences chroniques : œdème, obésité.**

Nous montrions que « ces réaetions de défense expliquent les rapports des divers accidents coïncidant ou alternant chez un même malade : — rétention sèche que traduit la souffrance d'un ou de plusieurs organes souvent sans modifications cliniques appréciables de ces organes » — œdème — adiposité, et nous faisions une étude nouvelle des rapports de l'œdème de l'eczéma et de l'obésité (377).

« Si l'eczéma et l'obésité ont des rapports si étroits, s'ils coexistent et alternent si souvent, si l'eczéma apparaît au cours ou à la fin d'une cure d'obésité comme une sorte d'accident de résorption, c'est que l'un et l'autre sont des réactions de défense de l'organisme contre une même cause : l'auto-intoxication diathésique. Mais si l'obésité et l'eczéma sont tous deux des réactions de défense, ce sont des réactions d'un mécanisme différent; l'obésité cherche à débarrasser l'organisme de poisons qui l'encombrent en les emmagasinant et en les fixant sous la forme graisseuse dans les endroits non dan-

gereux, les espaces interstitiels; l'eczéma cherche à débarrasser l'organisme des poisons en les brûlant dans la peau et en les éliminant par l'épiderme.

Nous citions des observations en donnant les explications pathogéniques : — *Coexistence de l'obésité et de l'eczéma — Eczéma succédant à l'obésité — Alternances de l'eczéma et de l'obésité* et nous résumions des observations qui ont la valeur d'expériences.

« Exceptionnellement, mais avec une grande netteté, l'*eczéma* peut être *un accident de résorption des masses adipeuses* » (et nous citions deux observations). « Avec la notion de l'obésité réaction de défense, ces eczémas de résorption s'expliquent aisément : la fonte des masses adipeuses solubilisées met en liberté les substances toxiques qui étaient fixées dans la graisse de ces masses, ces substances passent dans le torrent circulatoire; or, si elles sont libérées en trop grande quantité à la fois, elles empoisonnent l'organisme; d'où résultent les petits signes d'intoxication, d'où résulte l'effort de l'organisme pour les éliminer par tous ses émonctoires, y compris la peau. Pour peu que le sujet ait une peau poreuse, eczématisable, l'organisme cherche à éliminer une partie de ces toxiques vers la peau et l'eczéma apparaît. »

Conséquences pratiques, pronostiques et thérapeutiques de l'étude des réactions de défense cutanée.

Nous montrions enfin que « ces notions pathogéniques ne font pas qu'éclairer le mécanisme de l'eczéma, préciser et faciliter la terminologie, elles comportent des sanctions thérapeutiques : — nécessité du *traitement général* basé sur un examen général et la recherche de toutes les causes possibles; — *traitement local* au début antiphlogistique, etc.

« Cette étude des réactions de défense cutanées, disions-nous en terminant, confirme une fois cette vieille notion que la peau est « le miroir de la santé générale ». *La lésion cutanée est souvent la première manifestation qui révèle des troubles viscéraux jusque-là latents* et annonce des lésions futures qui lentement, insidieusement deviendraient graves, même irréparables, mais qu'un traitement approprié permettra d'arrêter.... Que de malades ont été ainsi sauvés d'une azotémie, d'un diabète, d'intoxication, par un eczéma avertisseur, un prurit, une urticaire. »

ANAPHYLAXIE ET SENSIBILISATION

EN DERMATO-SYPHILIGRAPHIE (277, **292**, 293).

A la suite de Richet, de Widal et de ses élèves, et suivant l'exemple de Richet qui classait parmi les exemples anciens d'anaphylaxie méconnue l'hypersensibilisation des tuberculeux aux poisons tuberculeux, nous avons étudié l'anaphylaxie en dermatosyphiligraphie en soulignant les conséquences pratiques et thérapeutiques.

I. — INFECTIONS

ANAPHYLAXIE DANS LA TUBERCULOSE (277, 292). A. active et passive; A. locale; A. *in vitro*; expériences nouvelles; importance de l'anaphylaxie dans la pathogénie des processus tuberculeux pour expliquer les récidives perpétuelles, les poussées évolutives, le mélange de sensibilisation et d'immunité, les sensibilisations locales, expliquant nombre de points obscurs des tuberculoses et tuberculides cutanées, la lyse des bacilles et la guérison ou l'aggravation, les localisations, les récidives et réactivations des anciens foyers éteints, etc.

— **Anaphylaxie dans** LA SYPHILIS (292, 313) (voir page 174).

— **Anaphylaxie dans** LA LÈPRE (292, 293) : (voir page 109).

— **Anaphylaxie dans** LES MYCOSES (155, 156, 238) (voir page 53 et 71).

II. — INTOXICATIONS GÉNÉRALES

— **Anaphylaxie** A L'ARSENIC. Rapprochant les érythrodermies post-arsénobenzoliques des éruptions semblables dues au mercure et démontrées anaphylactiques, relevant les mêmes troubles hépatiques, nous rattachions les érythrodermies arsenicales à l'anaphylaxie (345) et nous obtenions chez un érythrodermique la désensibilisation par de petites doses buccales puis sous-cutanées de sulfarsenol (508). Avec Blamoutier (500) nous soulignions l'importance de « **l'insuffisance protéopexique du foie dans les érythrodermies postarsénobenzoliques** ».

« 1° La méthode de Widal (Hemoclasie digestive) révèle chez trois de ces érythrodermiques des troubles hépatiques nets après réinjection d'arsénobenzol,

« 2° L'intolérance n'est pas élective pour les arsénobenzènes, elle existe pour toute préparation arsenicale; l'érythrodermie tend à se reproduire quel que soit le corps arsenical administré (aminoarsénophénol, hectine, cacodylate de soude, arsenite de potasse) et les troubles hépatiques décelés par l'épreuve de Widal, apparaissent après l'administration de tous ces arsenicaux....

« 3° Les sels mercuriels et bismuthiques ne provoquent chez ces (trois) hépatosensibles à l'arsenic aucun trouble d'ordre hépatique; ces (trois) malades supportent les cures mercurielles ou bismuthiques sans danger. »

Nous confirmions donc par des observations biologiques les conclusions cliniques émises par Nicolas :

— « Les érythrodermiques postarsénobenzoliques sont intolérants à tous les arsenicaux, il est donc inutile de varier...

— « Cette intolérance persiste des années... il faut donc s'en abstenir dans le traitement ultérieur.

— « Dès que l'érythrodermie est en voie de disparition, on peut prescrire du mercure et du bismuth. »

Anaphylaxie MERCURIELLE **« générale » : érythrodermie exfoliante généralisée par absorption digestive de mercure** (505, avec Blamoutier). Le malade fut « longtemps traité par le mercure sans aucune intolérance; après un arrêt de sept ans, il présenta un érythème scarlatiniforme intense exfoliant généralisé à la suite d'absorption de petites doses de sirop de Gibert. »

Les *essais cliniques*, la *recherche du choc hémoclasique* « montrent que chez ce sujet, l'intolérance était *électivement mercurielle*, à l'exclusion des autres médicaments antisyphilitiques : arsenic, bismuth, iodure ».

« La clinique (foie gros et douloureux), l'urobilinurie, l'hémoclasie digestive mettent en évidence *l'insuffisance hépatique*. »

« On conçoit toute l'importance pratique de tels faits » car « la désensibilisation au mercure semble pouvoir être réalisée chez ces érythrodermiques (503) : un de nos malades a, à la longue, de l'anaphylaxie locale aux injections de benzoate de mercure, d'Enésol, d'Hermophényl (œdème massif douloureux de la fesse); puis par application d'onguent gris sur le pubis, il a un érythème scarlatiniforme généralisé avec œdème sous-cutané des pieds, mains, face, scrotum qui dura 37 jours.... De petites doses de calomel de 0,01 cgr. prises pour un ictère le désensibilisent, il peut tolérer les injections et les frictions mercurielles. »

Anaphylaxie au BISMUTH — (623 avec Peyre). Nos travaux anciens et des faits nouveaux permettent de distinguer plusieurs types cliniques,

l'anaphylaxie du bismuth ayant pour preuves l'évolution clinique et pour la plupart des observations la constatation d'un choc humoral.

— crise nitritoïde précoce ou retardée;

— phénomènes généraux des premières heures : frissons, fièvre, céphalée, vomissements, courbature (certains symptômes, par exemple la céphalée, pouvant être isolés);

— urticaire des premières heures et sa forme atténuée ; prurit simple;

— réaction d'anaphylaxie locale, œdémateuse, parfois même violente, pseudophlegmoneuse;

— érythrodermie généralisée (et sa forme atténuée, l'eczéma bismuthique);

— choc buccal avec stomatite des premières heures.

Il en est donc du bismuth comme du mercure et de l'arsenic, et il est capital de noter que plusieurs des anaphylactisés au bismuth étaient des *poly-intolérants* à l'arsenic ou au mercure, d'où une nouvelle difficulté thérapeutique.

Alors que dans l'anaphylaxie arsenicale, tout arsenical déclenche l'anaphylaxie, souvent dans l'anaphylaxie bismuthique, de même que dans l'anaphylaxie au mercure, l'intolérance est dissociée.

Alors que dans l'anaphylaxie arsenicale, la sensibilisation est constante à chaque injection, il y a pour le bismuth des inconstances incompréhensibles, et alors qu'elle persiste des années pour l'arsenic, l'intolérance au bismuth peut disparaître rapidement, mais il faut se méfier qu'elle peut reparaître.

Anaphylaxie aux sels de TERRES RARES : — *Poussée aiguë de Lupus érythémateux et d'adénite tuberculeuse après traitement par les sulfates de terres rares. — Choc hémoclasique provoqué par les injections de ces préparations.* — **Désensibilisation** *par injection préparante* (543); avec Blamoutier nous avons observé un malade intolérant aux terres rares et notre observation ajoutait trois faits nouveaux :

— anaphylaxie aux sulfates de terres rares prouvée par le choc hémoclasique que provoque l'injection de ces produits et par la réaction locale très nette au niveau du lupus. L'injection des mêmes sels ne provoque pas de choc hémoclasique chez des malades témoins.

— Essais de désensibilisation par une dose infime préparante de terre rare injectée 40 minutes avant la dose habituelle qui provoquait le choc hémoclasique et la poussée cutanée dans le lupus; cette désensibilisation n'a pas influencé la marche du lupus.

— Déclenchement par des poussées anaphylactiques d'une poussée aiguë de lupus érythémateux et d'adénite tuberculeuse correspondant au lupus

qui persista plus de six mois, la lésion prit l'aspect du lupus érythémateux aigu.

Il faut donc se méfier de ces intolérances, et à la moindre menace essayer de la désensibilisation afin d'éviter que ces chocs anaphylactiques ne déclenchent une poussée tuberculeuse.

Anaphylaxie à la LA QUININE. Quinide érythémateuse fixe (619 avec René Cohen).

La malade, syphilitique, traitée par l'iodoquiniate de bismuth eut cette forme rarissime de quinide érythémateuse fixe identique cliniquement à l'antipyride érythémateuse pigmentée fixe de Brocq, 15 minutes après l'injection musculaire.

Les antécédents d'intolérance à l'injection de quinine qui donnait la même éruption, l'évolution, l'inocuité des autres sels de bismuth et de l'iodure, de l'antipyrine et de l'aspirine, le choc humoral ébauché après cuti-réaction à la quinine font admettre l'anaphylaxie de la quinine.

ANAPHYLAXIE APRÈS APPLICATIONS EXTERNES MÉDICAMENTEUSES OU PROFESSIONNELLES

Intolérance anaphylactique aux applications médicamenteuses externes : choc hémoclasique par application d'HUILE DE CADE; désensibilisation par voie externe en dermatologie (1921, 501 avec Blamoutier).

Deux psoriasiques présentaient « après l'application de glycérolé cadique des réactions locales très marquées, œdème et érythèmes » « avec tendance à l'exosérose, au suintement, en un mot de dermite artificielle » donc très différentes de la banale acné cadique.

« Ces réactions cutanées s'accompagnaient de crise vasculosanguine ayant une durée sensiblement égale aux phénomènes congestifs locaux. »

« Cette intolérance était spécifique à l'huile de cade, elle ne se produit pas avec l'icthyol, le goudron de pin, l'huile de cèdre qui, pourtant, sont des produits voisins. Le malade n'est pas intolérant aux médicaments internes : antipyrine, etc. »

« Cette intolérance n'est pas une réaction banale d'une peau irritable », car « même la chrysarobine et l'acide chrysophanique, qui sont autrement irritants que l'huile de cade, ne lèsent pas l'épiderme de notre malade aux doses usuelles. »

« Il s'agit d'intolérance anaphylactique ainsi que le prouvent — la longue incubation de plusieurs années pendant lesquelles nos deux malades sup-

portèrent l'huile de cade sans aucune intolérance — la crise hémoclasique ne se déclenchant qu'avec l'huile de cade — la désensibilisation par des doses croissantes. Cette dermatose cache donc un trouble humoral.

En effet, chez ces deux malades, « nous sommes parvenus, en employant des doses d'abord infimes puis sensiblement croissantes de glycérolé cadique, à faire tolérer le produit pour lequel ils étaient primitivement intolérants. »

Dermite eczémateuse professionnelle due à la poudre DE PALISSANDRE — **Anaphylaxie : crise hémoclasique par applioation externe. Désensibilisation par voie épidermique** (1922, 502, avec Blamoutier).

Les poudres des autres bois ne provoquent aucune lésion.

Un choc hémoclasique accompagne les troubles cutanés.

« La désensibilisation générale (du visage en particulier) fut obtenue par des applications limitées aux avant-bras de solution alcoolique de palissandre à doses progressives : guérison clinique (absence de dermite) et guérison sanguine (disparition de la crise hémoclasique).

Anaphylaxies MERCURIELLES **locales** (1922, 506 avec Blamoutier).

— *Œdèmes cutanés locaux et dermites artificielles* par application externe de préparation mercurielle : lotion pilo-excitante à base de sublimé, avec la preuve de la tolérance de la même lotion sans sublimé et avec la preuve de la désensibilisation par des doses progressives.

— *Œdèmes locaux des muqueuses et demi-muqueuses* : après lavages de bouche avec la solution d'oxycyanure de mercure à 0,02 p. 100.

— *Diarrhées mercurielles sanglantes ou non* par l'élimination intestinale du cyanure injecté : chez un malade nous pûmes donner la preuve du choc hémoclasique, chez deux malades nous avons obtenu la désensibilisation par des doses infimes de calomel (0,005) puis par des doses faibles croissantes de cyanure.

On peut même n'observer que des hémorragies sans diarrhée; il en était ainsi chez une prétabétique : son colon saignait à la suite de l'injection de n'importe quel mercure (cyanure, huile grise, etc.).

— *Réactions locales* (*œdème massif douloureux*) après injections mercurielles : benzoate et surtout calomel; un de nos confrères obtint la désensibilisation par le calomel buccal, puis par les injections de doses croissantes de benzoate.

Anaphylaxie à l'ARNICA et **dermite artificielle vésiculo-bulleuse intense par la teinture d'arnica** : choc hémoclasique déclenché par cutiréaction 25 minutes après l'application d'arnica et réaction clinique à la dix-huitième heure (597, avec Lotte).

RADIODERMITES
ET LUCITES SOLAIRES

ÉVOLUTION DE LA RADIODERMITE CHRONIQUE (21, 49, 40, 217, 359).

Étude clinique (avec de Beurmann); étude histologique (avec Dominici) la première complète, croyons-nous, avec examen des plans profonds et en particulier des paquets vasculo-nerveux (sur un doigt enlevé chirurgicalement pour épithélioma). Cette étude nous faisait diviser l'évolution des radiodermites chroniques en trois stades :

— 1° **Dermite chronique érythémateuse** avec *épaississement et accentuation des plis, perte d'élasticité du derme* (moulage 2334).

— 2° **Aspect « bariolé »** : érythéme, dilatations capillaires, aires décolorées blanches, taches brunes hyperpigmentées, desquamations souvent imperceptibles, points hyperkératosiques caillouteux et surtout *atrophie lisse* du tégument avec disparition des plis cutanés (moulage 2445). L'étude histologique faite avec Dominici révélait des lésions de tous les plans, constatait notamment une *radioépithélite atrophique* de l'épiderme, *infiltration lymphoïde* du derme, et des *radionévrites* déjà soupçonnées cliniquement : névrites ascendantes, etc.

Nous étudiions les *ulcérations chroniques non épithéliomateuses* (déjà signalées par Darier) qui cliniquement ne sont pas cancéreuses, car elles guérissent et histologiquement elles ne montrent pas de cellules épithéliomateuses. Elles semblent dues à des infections par les microbes pyogènes sur un tégument fragile se défendant mal.

— 3° **Dégénérescence épithéliomateuse** (moulage 2448) développée sur des papillomes « caillouteux » : épithélioma pavimenteux, lobulé, à globes cornés chez notre malade. Dans notre travail de 1906 (49) nous faisions une étude complète clinique et histologique de ces cancers et de leurs stades évolutifs suivant pas à pas cliniquement et histologiquement cette transformation (49, p. 425). Deux lymphatiques profonds contenaient des cellules malpighiennes néoplasiques, témoins d'une généralisation commençante.

Nous insistions sur « l'évolution lente progressive se poursuivant après la cessation de tout irritation par les rayons X et malgré cette cessation depuis 2 ans et 38 mois, dépassant le premier stade (qui si souvent guérit) pour aboutir à ce deuxième stade d'atrophie de dystrophies tégumentaires définitives, et nous admettions « l'atteinte simultanée » de la peau et des petits nerfs.

— En résumé le premier stade serait une dermite artificielle curable (coup de soleil radiodermique).

Le deuxième est constitué par des troubles trophiques et névritiques par radionévrite.

Le troisième est la dégénérescence épithéliomateuse et cette évolution est identique à celle du Xeroderma pigmentosum.

Dix ans après le début, en 1911 (217), nous représentions le malade, les lésions de radiodermite et de radionévrite persistaient.

Fragilité des cicatrices radiothérapiques (359). « La peau est si peu résistante que l'application d'une pommade, même inoffensive, produit parfois des ulcérations fort longues à guérir et que les réactions aux séances de photothérapie (Finsen) habituellement si rapides à se cicatriser, deviennent souvent des ulcérations douloureuses lentes à se cicatriser. »

RADIOLUCITES SOLAIRES CHRONIQUES CANCÉRIGÈNES (498).

Groupant sous le nom de « Lucites » les lésions dues à la lumière, nous sérions les faits, citant des formes aiguës, subaiguës, chroniques, nouvelles : erythémes, chroniques, eczématiformes avec desquamation sèche, lésions érythèmatosquameuses avec hyperkératose ponctuée et tendance atrophique, etc.

Créant le mot de « radiolucite solaire » pour désigner les lumières dues aux rayons X de la lumière solaire, nous en faisions une longue étude d'ensemble clinique (après Dubreuih) et surtout nosologique et pathogénique. Nous montrions que

I) « les radiolucites solaires chroniques forment un *groupe de faits* nombreux et fréquents aux *transactions insensibles allant de l'enfance à la vieillesse* : le *Xèroderma pigmentosum* de l'enfance, les *lucites des adultes* (improprement appelées carcinome des gens de mer, kératose des campagnards) les *lucites des vieillards* (appelées le plus souvent kératoses séniles, nom impropre car la kératose n'est qu'un élément d'une dermatose complexe) sont les *trois* échelons les plus connus. »

II) « Ces lucites (à chacun de leurs stades : infantiles, adultes, séniles) sont plus fréquentes qu'on le croit si l'on sait reconnaître les formes frustes et atténuées » : soi-disant lentigos avec taches achromiques et telangi ectasies, etc.

III) « La lumière solaire ne détermine de telles lésions que parce que la peau est fragile « *radiosensible* ». *La date d'apparition et l'intensité de ces lucites dépendent de l'intensité de cette fragilité cutanée héritée ou acquise.* « Lorsque la fragilité est au maximum, il suffit de quelques semaines ou de quelques mois d'irradiations solaires pour créer sur la peau dystrophique de l'enfant le Xeroderma pigmentosum. Lorsque la fragilité est au minimum, il faudra attendre de longues années d'irradiations, d'où la lucite sénile.

IV) « La partie nocive des radiations solaires semble constituée par des rayons à courte longueur d'onde situés au delà des rayons ultra-violets, proches ou analogues aux rayons X. « Nous faisions en effet la comparaison des radiolucites avec les radiodermites pour conclure à l'identité et nous rappelions les travaux de Hollwek sur les rayons intermédiaires de la lumière solaire et discutions l'action des diverses radiations.

V) « Les comparaisons dermatologiques (et nous les détaillions) classent cette fragilité cutanée dans les *terrains nævigues* et en font une *senescence* plus ou moins prématurée de la peau. »

VI) « Les causes de cette fragilité de la peau sont complexes, mais ce que nous savons des causes des terrains næviques nous fait soupçonner surtout dans le jeune âge, l'influence de l'hérédosyphilis, ce qui s'est déjà vérifié plusieurs fois. »

VII) « Le cancer est terme fatal de ces radiolucites laissées à leur évolution progressive d'où leur sombre pronostic, et l'importance capitale d'une surveillance prophylactique et d'une thérapeutique appropriée. »

On voit donc que « de toutes ces notions découlent des conséquences pratiques pronostiques, thérapeutiques, » que nous avons soulignées surtout pour la *prophylaxie des cancers cutanés.*

NÉOPLASIES CUTANÉES

CONCEPTION DES NÆVI, NÉOPLASIES BÉNIGNES (544).

L'étiologie et la pathogénie des nævi comportent tant d'obscurités que nous nous sommes efforcé de résumer quelques faits susceptibles d'éclairer ce problème.

Nævi tardifs (1918-428). Les nævi « malformations congénitales » par définition, ne sont pas tous constitués dès la naissance; il existe des *amas cellulaires næviques latents* « graines » ou « germes » de nævus, ou *nævi microscopiques* constatables histologiquement au hasard des biopsies faites pour d'autres lésions; ces « germes næviques » peuvent se développer une ou plusieurs années après la naissance et, parfois même très tardivement, à l'âge adulte, nous en avons rapporté trois observations incontestables (428) et ces faits nous permettaient une classification exacte dans les maladies næviques de syndromes discutés (1918-428).

Nævi posttraumatiques (428 et 461). Souvent les causes qui déclenchent ces nœvi tardifs restent inconnues.

Parfois ce sont des traumatismes, « tels sont les trois cas de nævi posttraumatiques que j'ai publiés à la Société de Dermatologie (1919, 428, 461) : le premier, blessé de trente-trois ans, a vu sept mois après une blessure grave de la hanche, apparaître un angiome plan en bande antéro-externe du pied à l'aine. Le deuxième, âgé de vingt-huit ans, a eu en mars 1915, une froidure indiscutable du bras gauche avec œdème et engourdissement : un nævus veineux de tout le bras se développa consécutivement. Le troisième, âgé de trente-deux ans a eu le pied gauche gelé en février 1915 avec œdème et phlyctène et, en mai 1915, lentement commence un nævus capillaire et veineux du pied. »

Nævi postinfectieux. Parfois c'est une infection aiguë (dipthérie, fièvre typhoïde), ou chronique (tuberculose).

Variations d'évolution des nævi, augmentation, régression spontanée (544). Nous citions les exemples bien connus de nævi qui aug-

mentent avec l'âge, ce qui ne s'explique pas suffisamment par le seul fait de l'accroissement de la surface cutanée.

S'il s'agissait d'une simple malformation, les nævi ne devraient pas évoluer; or les exemples contraires ne sont pas rares de petits nævi, angiomes, capillaires plans ou stellaires, aranéens, diminuant et souvent même disparaissant lorsque l'enfant grandit.

« Si cette disparition des nævi angiomateux est connue, on objectera qu'on n'a pas observé de disparition spontanée d'un nævus pigmenté, la sœur de notre malade nº 2356 en est un exemple : âgée de douze ans, elle avait, dès la naissance, une large tache pigmentée foncée du sourcil droit, qui a complètement disparu vers l'âge de dix ans sans aucun traitement et n'a plus reparu. Si les nævi n'étaient que de simples malformations, ils devraient rester fixes. »

Transformation d'un nævus en une autre forme de nævus (544). Le fait est indiscutable, mais la cause échappe.

« Notre malade 2356, homme de quarante-quatre ans, en est un exemple rarissime. Il était venu consulter pour un chancre mixte; il est porteur d'un nævus saillant, ridé, rose, mou, non pigmenté, de la face latérale droite du nez et il nous raconte que, depuis l'enfance, il avait dans la même région une large tache pigmentée, café au lait foncé plane, sans aucune saillie, et sans modifications de la consistance cutanée, que cette tache a peu à peu pâli, puis s'est effacée en l'espace de trois ans et qu'elle est complètement disparue depuis l'âge de douze ans; mais pendant les trois ans que le premier nævus mit à se décolorer, progressivement est apparu le deuxième nævus actuel, saillant, mou, rosé, tout à fait différent du premier. Une simple malformation ne subirait pas une telle métamorphose. »

Conception des nævi néoplasies bénignes (544). « Tous ces faits accumulés nous ont fait défendre depuis longtemps la conception que les nævi ne sont pas de simples malformations, mais des néoplasies bénignes d'origine congénitale, apparaissant dès la naissance ou plus ou moins tardivement; tantôt restant fixées, tantôt évoluant, augmentant ou diminuant ou disparaissant ou se transformant en une autre variété; tantôt restant bénignes, tantôt se transformant en cancers malins, pour des raisons connues (irritations mécaniques, lumineuses, etc.), ou plus souvent inconnues.

Rôle de la syphilis (363, 485). La cause de ces malformations reste obscure. Avec Gaucher nous avons insisté sur la fréquence de l'hérédo-syphilis chez les næviques (1914-363).

Guérison par la traitement mercuriel d'un nævus verruqueux débutant palmaire (485). Avec Desaux nous avons publié l'observation

d'une fillette âgée de douze ans, porteur d'un nævus verruqueux en bande du dos de la main, datant de la naissance. Ce voyant, nous soulevons l'hypothèse d'hérédo-syphilis; or, examinant cette malade, on découvre des malformations dentaires légères et surtout un souffle systolique de sténose de l'artère pulmonaire; le lendemain, on nous apprend que le B.W. est positif. Cette fillette avait à la paume de la main, un nævus verruqueux naissant indiscutable. Mise au traitement par 15 injections de calomel en deux séries, ce nævus naissant a complètement disparu, sans traitement local; au contraire le nævus verruqueux adulte n'a pas été influencé.

FORMES NOUVELLES OU RARES DE NÆVI

Nævus a configuration et aspect de couperose (avec Gaucher et Thibaut : 242). On croirait à une couperose banale, mais les lésions sont plus sèches et plus kératosiques, plus infiltrées et plus saillantes, limitées par une sorte de bourrelet, elles sont apparues dans l'enfance et se développent lentement.

Nævus péripilaire familial (avec Gaucher et Meaux Saint-Marc, 284). Le tronc est criblé de petites saillies papuleuses à peine saillantes, arrondies de 2 à 4 millimètres, plates ou légèrement déprimées au centre, centrées d'un poil, la peau reste normale de couleur et de dessin, de souplesse..., ses frères et sœurs présentent la même malformation.

Nævi épidermohypertrophiques des mains et des pieds (579 avec Joannon). Les lésions débutantes sont des papules cornées vaguement polygonales de 2 à 3 millimètres légèrement déprimées au centre. En confluant elles forment des traînées linéaires dans les plis de flexion et des nappes irrégulières à bord souvent polygonal, saillantes de 2 à 3 millimètres, à surface bombée, presque lisse, à peine granitée, non verruqueuses, blanches, molles.

Nævus blanc fibreux cicatriciel a bordure angiomateuse (613 avec Küss et Filliol). Cette lésion de la nuque donnait l'impression d'un large nævus angiome plan dont le centre aurait été ulcéré thérapeutiquement ou spontanément par vascularite oblitérante; mais la famille affirme qu'il n'y a jamais eu d'ulcérations et que la zone blanche cicatricielle progresse au fur et à mesure que la bordure rouge angiomateuse s'étend. Cette régression spontanée cicatricielle confirme la conception des nævi néoplasies bénignes souvent en activité.

STOMATITE VÉGÉTANTE PRÉÉPITHÉLIOMATEUSE CANCÉRIGÈNE (567).

Cette maladie nouvelle d'origine inconnue est un document pour servir à l'étude des cancers. Elle évolua en trois phases.

Première phase de *stomatite végétante avec îlots d'épithélium leucokératosique*, envahissant toute la bouche. — Histologiquement, structure de préépithélioma pavimenteux avec ébauche de globes cornés; cellules et karyokinèses monstrueuses, rupture de la basale, derme infiltré de mononucléaires.



Stomatite préepithéliomateuse cancérigène, d'origine inconnue. Toute la muqueuse de la bouche est envahie : langue, etc. La muqueuse est végétante rouge vif, tachetée d'îlots bleuâtres leucotrératosiques. (Photographie Schaler du musée de l'hôpital Saint-Louis).

Deuxième phase. — Sous l'influence du 914, *guérison* presque complète de la stomatite, mais récidive dès que l'on cesse le 914. Une deuxième biopsie contrôle cette guérison; l'épithélium est redevenu lisse sans ébauche néoplasique, mais le derme reste infiltré de mononucléaires.

Troisième phase : *dégénérescence épithéliomateuse* d'un îlot leucokératosique du bord gauche de la langue, donnant un cancer banal végétant qu'une troisième biopsie montre être un épithélioma spino-cellulaire à globes cornés et qui tue le malade en quelques mois.

DERMATOSES MONITRICES DE CANCER (34-499.)

Dermatose érythémato-squameuse avec hyperkératose palmo-plantaire, porectasies digitales et **CANCER** de la langue latent.

On sait qu'un acanthosis nigricans annonce souvent (et même toujours

pour certains) un cancer viscéral. Existe-t-il d'autres dermatoses monitrices de cancer?

Avec de Beurmann nous avons présenté à la Société de dermatologie en avril 1906 « un **syndrome rappelant le Xéroderma pigmentosum au cours d'un cancer gastrique** » (34).

Avec Rupp nous avons étudié (499) une dermatose de type inconnu qui coexistait avec un cancer latent de la base de la langue envahissant déjà le larynx et les ganglions : épithélioma spinocellulaire à globes cornés. Cette dermatose qui datait de trois mois environ était caractérisée par un « érythème avec infiltration œdémateuse du derme boursouflant les plis cutanés, envahissant les pieds, les oreilles, déterminant des cuissons, parfois des sensations de brûlures, devenant bientôt squameux, provoquant même aux paumes et aux plantes une hyperkératose épaisse, lisse, et au dos des doigts des porectasies. » Ce « syndrome inclassé, d'après M. Brocq, ne rentrait dans aucun type connu ».

Ces dermatoses étaient-elles des coïncidences fortuites ou étaient-elles « un signe avertisseur de cancer? »

PATHOGÉNIE DES CANCERS. HYPOTHÈSE DES AUTOCYTOTOXINES IRRITANTES ET SENSIBILISANTES : CANCER ET ANAPHYLAXIE (294).

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES CANCERS CUTANÉS (384).

Si l'on fait l'ablation, elle doit être précoce, complète et se faire, suivant la technique que nous avons proposée à propos des tuberculoses et des mycoses, en deux temps, dans la même séance : « Tout d'abord détruire par le feu, thermocautère, ou mieux l'air chaud (et désormais électrocoagulation) toute la masse néoplasique, puis enlever au bistouri le lambeau carbonisé et réunir par première intention. »

LES FORMES ATYPIQUES DES DERMATOSES

(494, 541, 592, 603, 631, **634**).

Depuis de longues années, nous étudions les formes atypiques des eczémas, érythème papuleux, herpès, lichen, acrodermatite, dyshidrose, psoriasis, etc., et, nous en soulignons l'intérêt général au point de vue nostologique et l'intérêt pratique au point de vue pronostique et thérapeutique.

FORMES ATYPIQUES non VÉSICULEUSES DE L'ECZÉMA (336-377).

A maintes reprises, à propos des réactions de défense cutanées, nous avons insisté sur les formes de transition entre les eczémas et l'érythème simple : la cause ou plutôt la sommation des causes eczématigènes peut ne donner que l'érythème, ne pas aller jusqu'à la lésion vésiculeuse de l'eczéma, soit que cette cause soit de trop faible intensité, soit plus souvent que la peau soit plus résistante, moins poreuse.

Il est fréquent quand on étudie longuement des malades de ce type de rencontrer :

1° Au début ou à la fin d'une poussée d'eczéma vésiculeux, des érythèmes sans vésicules qui restent érythèmes ou évoluent sous nos yeux vers l'eczéma vésiculeux;

2° Des coexistences sur un même malade, ici d'eczéma vésiculeux typique, là d'érythème sans vésicule.

3° Toutes les graduations, suivant l'intensité des poussées successives chez un même malade : prurit, érythème, eczéma vésiculeux.

Ces trois constatations que l'on peut faire avec l'érythème simple et l'eczéma vésiculeux se répètent avec le prurit sans lésion visible et avec l'œdème sous-cutané sans vésicules d'eczéma.

FORMES ATYPIQUES DES HERPÈS : HERPÈS sans VÉSICULES (494).

L'existence de ces formes non vésiculeuses est démontrée par des preuves incontestables :

Alternance de placards herpétiques vésiculeux typiques et de placards rouges non vésiculeux.

Phase non vésiculeuse entre deux phases vésiculeuses.

Précession d'herpès vésiculeux, puis herpès non vésiculeux.

Herpès vésiculeux succédant à un herpès non vésiculeux.

Coexistence de placards non vésiculeux et d'herpès vésiculeux dans la même poussée.

Formes cliniques des herpès non vésiculeux. — Le plus souvent, l'herpès non vésiculeux est *érythémato-papuleux*. Dans une série de formes dégradées, on arrive par transitions insensibles à une variété simplement *érythémateuse* sans œdème ni infiltration dermique. La lésion se réduit simplement à une tache érythémateuse.

Parfois l'herpès non vésiculeux est *œdémateux* : l'œdème envahit largement *derme et hypoderme*, tuméfiant toute une région et souvent l'œdème sous-cutané déborde l'œdème dermique, c'est-à-dire le placard érythémato-papuleux; « parfois comme dans notre observation d'œdème lingual (observation VI), l'œdème paraît exister seul sans lésion érythémato-papuleuse dermique (forme œdémateuse pure) ».

« Enfin, il semble exister des formes encore plus *dégradées, sans érythème, sans infiltrat, ni œdème décelables*, en un mot sans symptômes cutanés objectifs, se réduisant à des troubles sensitifs, subjectifs : formes que l'on pourrait appeler *« formes sensitives », prurigineuses, douloureuses, névralgiques* : en effet, certains malades (moi-même par exemple) avons remarqué des poussées douloureuses, simple cuisson ou névralgies, alternant avec des poussées d'herpès vrai.

Signification des herpès non vésiculeux. — « Tous ces faits rénovent la conception que l'on doit se faire de l'herpès : la maladie herpès ne doit plus être définie par sa lésion cutanée vésiculeuse, qui n'est pas constante. La maladie herpès comprend des formes cliniques multiples : le même virus filtrant, cause de cette maladie, produit des lésions diverses, caractérisées, dans ses formes typiques et intenses, par la vésicule herpétique classique et, dans ses formes atypiques atténuées, dégradées, par des variétés non vésiculeuses, dont la gamme décroissante comprend d'une part les formes érythémato-papuleuses et érythémateuses, formes sensitives, prurigineuses, névralgiques, d'autre part, les variétés œdémateuses hypodermiques. »

LICHENS PLANS ATYPIQUES non PAPULEUX (541, 592).

Nous nous efforçons de dépister le lichen plan sous ses formes les plus atténuées et nous avons décrit :

I. Prurits lichéniens sans éruptions cutanées de papules. — Les preuves sont :

— *Prurit lichénien* PRÉCÉDANT *l'éruption de papules.*

— *Prurit* PARA-*papuleux.*

— *Prurit lichénien* POST-*papuleux.*

— *Prurit lichénien* ANNONCIATEUR *de* RÉCIDIVE *de papules.*

— *Prurit lichénien* SANS *papules cutanées, mais associé au* LICHEN PLAN MUQUEUX.

Ces faits nous incitent à admettre un *prurit lichénien* SANS *papules cutanées ni muqueuses* et nous résumions une observation qui nous paraît probante en nous appuyant sur les faits de passage, sur la guérison par l'arsenic à hautes doses à l'intérieur et l'acide chrysophanique à l'extérieur, la non récidive malgré l'absence de précautions et de régime alimentaire sévère.

II. Lichen érythémateux et érythémato-squameux sans papules cutanées. — La démonstration des érythèmes et des lésions érythémato-squameuses, *sans* papules, dus à la cause du lichen, s'appuie sur les trois arguments suivants :

1° Lésions érythémateuses et érythémato-squameuses en larges placards ou nummulaires, *précédant* de plusieurs semaines l'apparition des papules de lichen :

2° Lésions érythémateuses et érythémato-squameuses *associées* aux lésions classiques du lichen plan papuleux ;

3° *Guérison de ces érythèmes par le traitement arsenical du lichen*, contrastant avec l'inefficacité des autres médicaments et parallélisme de guérison de ces érythèmes et des papules de lichen plan.

Ces lésions atypiques ont des caractères communs : placards larges de plusieurs centimètres ou médaillons de 10 à 30 centimètres, ovalaires, à bords diffus ou nets, s'estompant sur 2 à 3 millimètres, rose, rouge ou rouge clair, parfois rouge foncé, parfois mêlé de violacé, érythème simple, sans desquamation ou desquamation pauvre avec squames fines de 2 à 5 millimètres.

Nous sommes persuadé que de telles lésions lichéniennes existent sans lichen papuleux cutané ou muqueux, mais la démonstration en est encore

difficile à donner faute de critère étiologique du lichen; nous citions par exemple une malade atteinte d'érythème semblable qui a guéri par le sulfarsénol alors que l'érythème résistait aux traitements locaux depuis sept mois (obs. XXIV).

III. Lichen des muqueuses sans éruption de papules : Troubles sensitifs, brûlures, névralgies, etc. — Les preuves sont : — *Troubles sensitifs de la muqueuse* SANS *lichen muqueux précédant de longtemps vingt et un, de dix-sept mois, etc., le début de lichen muqueux.*

— *Troubles sensitifs de la muqueuse en des points non atteints par le lichen muqueux.*

— *Guérison de ces troubles sensitifs muqueux par l'arsénothérapie et parallélisme de guérison de ces troubles muqueux et du lichen cutané.*

— *Persistance des « brûlures » muqueuses après guérison du lichen muqueux.*

Ces faits nous font admettre un **lichen plan muqueux sans « lichen » visible**; car chez deux malades atteints de ces troubles muqueux sans lichen muqueux ou cutané décelable, le même arsenic a amené la guérison rapide alors que les autres traitements étaient restés inefficaces.

FORMES ATYPIQUES DES ACRODERMATITES (603).

A côté des formes classiques pustuleuses et vésiculeuses des acrodermatites continues d'Hallopeau, nous avons groupé des formes nouvelles : formes érythémato-squameuses et fissuraires, formes érythémato-squameuses pures et formes frustes atténuées.

Tout d'abord nous avons donné comme preuves deux observations servant de transition entre les formes classiques et la forme nouvelle érythémato-squameuse. En effet, le 1er malade a commencé par une forme classique vésico-pustuleuse, la 2e malade a commencé par la forme vésiculeuse, puis tous deux n'ont plus eu que la forme érythémato-squameuse fissuraire.

Puis nous avons cité des malades n'ayant eu que la forme **érythémato-squameuse fissuraire** et qui ont guéri par la radiothérapie de lésions jusque-là rebelles.

Enfin ces faits nous ont permis de rattacher aux acrodermatites des formes atténuées ou frustes de lésions des doigts que, sans cette hypothèse, on ne peut rattacher à aucun processus connu : — *Forme atténuée périodique puis permanente*, ou *forme atténuée permanente localisée à un doigt*; — *acrodermatite* à **forme discontinue** (1927-621). Dans la thèse de mon externe

Héber-Suffrin nous décrivions cette forme nouvelle : la lésion d'abord discontinue était identique cliniquement à la maladie d'Hallopeau, les lésions vésiculo-pustuleuses apparaissaient depuis un an, à chacune des



Acrodermatite forme nouvelle érythématosquameuse et fissuraire.

époques et duraient quelques jours. Peu à peu des lésions permanentes se sont établies : la maladie d'abord discontinue devient donc continue.

FORMES ATYPIQUES DE DYSHIDROSE ATTÉNUÉE A VÉSICULES SÈCHES (631).

Les preuves de cette conception sont les suivantes, que nous avons observées sur nous-même et sur d'autres sujets :

1° A la fin des poussées de dyshidrose, on trouve des *vésicules* avortées qui ne contiennent pas de liquide et qui donnent des aires desquamées arrondies comme les vésicules précédentes remplies de liquide.

2° Pendant les poussées d'intensité faible, il n'est pas rare de voir coexister, à côté des vésicules classiques remplies de liquide, des vésicules sèches sans liquide et l'on note toutes les transitions.

3° Suivant l'intensité de la dyshidrose, on voit tantôt une poussée classique à vésicules classiques remplies de liquide, tantôt une éruption sèche.

4° A la longue, certains sujets, à la fin de l'été, *endurcissent* leur épiderme, ils endurent des insolations qui au début auraient déclenché une poussée intense de grosses vésicules remplies de liquide, mais il survient des vésicules *sèches*.

5° Ces vésicules *sèches* ont exactement la forme arrondie, les dimensions, le même aspect desquamatif que les vésicules remplies de liquide. Elles n'ont *pas de progression excentrique* comme dans la desquamation estivale.

La pathogénie de ces formes paraît évidente : c'est l'atténuation du processus encore mystérieux de la dyshidrose : soit atténuation de la cause déclenchante (protection contre le soleil, par exemple), soit augmentation de la résistance de l'épiderme (par exemple, accoutumance au soleil).

Il en est ainsi de beaucoup d'autres dermatoses : *Fièvres éruptives, Pyodermites*; *Teignes* et surtout *favus*; *Pityriasis rosé de Gibert*; *Dermatites polymorphes douloureuses de* Brocq-Duhring (Brocq lui-même y a insisté); *Urticaires*; *Psoriasis* : « pour soutenir cette conception, nous nous appuierons sur les mêmes preuves classiques que pour les herpès, lichens, etc. :

« Ainsi s'enrichissent les formes atypiques des dermatoses.

« On ne saurait trop répéter que leur connaissance comporte non seulement un intérêt général doctrinal en permettant de classer exactement des faits jusqu'alors obscurs, mais aussi un intérêt pratique, car en rattachant à une dermatose connue des faits mal classés, on précise mieux son pronostic et souvent on peut utiliser une thérapeutique efficace (arsenic dans les lichens, radiothérapie dans les acrodermatites) qui aboutit à la guérison des malades jusque-là rebelles à des traitements divers et non raisonnés. »

DERMATOSES NOUVELLES

Outre les sporotrichoses (v. p. 44) et mycoses nouvelles (voir p. 59), les formes nouvelles des tuberculides (voir p. 74) et des sarcoïdes (voir p. 84), des pyodermites et infections froides (voir p. 96), des dermoépidermites strepto-staphylococciques (voir p. 90), des nævi (voir p. 134) et des dermatoses précancéreuses (voir p. 135), il nous a été donné d'individualiser plusieurs dermatoses nouvelles.

ÉRYTHÈME PAPULEUX EXTENSIF DOULOUREUX EN NAPPE DES AUTO-INTOXIQUÉS (386).

Forme nouvelle des réactions de défense.

« Cette dermatose est constituée par un placard cutané dermique, papuleux, rouge, à bords plus ou moins nets, douloureux, qui s'étend progressivement et dure de huit à vingt jours, rarement davantage. D'ordinaire, il ne forme qu'un seul foyer. Son siège de prédilection est la main : pouce ou index et médius. Commençant, par exemple, par la face dorsale de l'index ou par la face palmaire du pouce, il s'étend progressivement au reste du doigt et le tuméfie, gagnant la main, parfois le poignet et même l'avant-bras. Les dimensions du placard varient de 5 à 20 centimètres et plus. On peut l'observer en d'autres régions : à l'oreille surtout des goutteux, à l'avant-bras, aux cuisses.

« La douleur est constante. Presque toujours, elle est vive, parfois elle est très vive, lancinante, pulsatile, augmentant la ressemblance avec un panaris : mais il n'y a pas de fièvre et jamais la lésion n'aboutit à la suppuration. D'autres fois, le malade ne se plaint que de tension douloureuse, de prurit, de picotements.

« L'évolution est subaiguë, le placard s'étend par ses bords, gagne un ou deux doigts, envahit un peu la force dorsale de la main ou de la paume; parfois, il s'étend jusqu'à l'avant-bras. D'ordinaire (mais non constamment), la lésion diminue d'intensité et même peut régresser entièrement à son point de départ, alors qu'elle progresse à la périphérie; par exemple, sur l'une de

mes dernières malades, l'extrémité du pouce guérissait pendant que l'éminence thénar était tuméfiée et très douloureuse. La durée varie de huit à trente jours, d'ordinaire douze, quinze, vingt jours. La régression est lente. La guérison est complète; la desquamation de l'épiderme est exceptionnelle et discrète; la poussée s'inscrit souvent par une rainure horizontale sur l'ongle. Une fois, j'ai vu cette dermatose, en guérissant, démasquer des tophi des doigts; aussi me demandé-je si les « *pseudo-érysipèles de l'oreille des goutteux* » ne doivent pas être rattachés à ce type clinique. » La récidive n'est pas rare.

PAPILLOMATOSES PONCTUÉES PIGMENTÉES VERRUQUEUSES (412, 458).

1er cas : **Papillomatose ponctuée verruqueuse généralisée** (412, avec Clara). Le malade vigoureux, âgé de trente ans, a vu commencer les lésions vers l'âge de treize ans sur les flancs puis se disséminer un an après sur tout le corps et depuis l'âge de dix-huit ans, l'éruption ne s'est pas étalée, elle reste dans le même état sauf variation saisonnière, car à chaque printemps elle subit une poussée, surtout à la tête, qui persiste durant tout l'été et « guérit » spontanément et presque complètement en automne. Ce type nouveau d'étiologie et de pathogénie indéchiffrables est proche quoique différent de l'acné cornée végétante ou psorospermose de Darier et des verrues planes.

« L'éruption toujours symétrique, couvre tout le cuir chevelu, toute la face, la voûte palatine, tout le cou descendant en pèlerine jusqu'aux épaules; elle envahit les aisselles, les parties médianes du thorax en avant et en arrière dessinant un triangle à base cervicale qui se raccorde avec la « pèlerine » du cou, avec quelques papules disséminées sur les seins; elle couvre tout l'abdomen surtout les aines et la région suspubienne, forme aux faces internes et antérieures des cuisses, lorsque les genoux se touchent, un grand triangle à base supérieure inguinale et à sommet inférieur; elle lèse les faces de flexion de l'avant-bras où les éléments sont rares, les creux poplités, les paumes et les plantes.... Cette topographie est spéciale : la localisation maxima est aux aines et à la région suspubienne et périgénitale; l'éruption se localise avec prédilection sur les régions dites « séborréiques »; mais les autres zones ne sont pas entièrement épargnées et l'on note de petites papules rares et dispersées un peu partout.

« Les lésions toutes parfaitement symétriques sont de trois ordres : — 1° papules ponctuées, de 1 à 3 millimètres, verruqueuses du cou, tronc et des membres (débutant par une papulo-vésicule); — 2° érythème diffus

squameux et ponctué du cuir chevelu et de la face; — 3° porokératose palmo-plantaire. »

« Histologiquement le maximum de lésions est dans l'épiderme : la lésion est avant une énorme hypertrophie de l'épiderme avec parakératose et dyskératose; elle est comparable aux verrues quoique différentes d'elles par l'absence de grosses et longues papilles; elle est tout à fait différente de la psorospermose végétante de Darier (la pièce examinée provient d'une biopsie de la région inguinale). »

2e cas : papillomatose pigmentée indéterminée avec éléments débutants papulo-vésiculeux et porakératose palmo-plantaire (avec Clara et Bonnin, 458). Il se rapproche, sans se confondre avec lui, du cas précédent.

PAPILLOMATOSE PAPULEUSE PIGMENTÉE ET RÉTICULÉE INNOMINÉE (626 avec Carteaud).

Cette dermatose nouvelle dont nous avons recueilli 3 cas est caractérisée par de petites lésions verruqueuses de 2 à 4 millimètres qui bientôt confluent en nappe plus ou moins étendue à la région intermammaire et épigastrique, les bords du placard forment un réseau encerclant des aires arrondies de 5 à 10 millimètres de peau saine. Le dos, le pubis, etc., peuvent être envahis.

Cette lésion semble ne pas avoir été décrite; elle est différente de l'Epidermodysplasie verruciforme de Léwandowski et Lutz.

DERMATOSE INNOMINÉE :

Plaque érythématosquameuse villeuse de la face dorsale (du pouce) ponctuations papulosquameuses et parfois cornées a disposition linéaire, acnée cornée et lichen spinulosus

Cette lésion innominée est proche de la maladie de Paget par les lésions du pouce, elle est comparable aux tuberculides et aux lichens par les lésions linéaires de la paume, du dos de l'index du pouce et de la main, de la face antéroexterne de l'avant-bras. Elle est identique au lichen spimulosus et à l'acné cornée par les lésions des deux hanches.

PARAKÉRATOSE BRILLANTE (577).

Cette lésion non décrite est formée par des macules nombreuses aux parties supérieures du tronc, arrondies ou ovalaires de 2 à 10 millimètres : lisses, brillantes, non saillantes, non squameuses, conservant la teinte normale de la peau, rebelles aux traitements.

DERMATITE LICHÉNOIDE PURPURIQUE ET PIGMENTÉE (551, 566, 576).

Le premier malade suivi avec Blum (551) était atteint aux deux jambes sans lésions sur le reste du corps; l'éruption était prurigineuse, les éléments lichénoïdes papuleux d'un millimètre, polygonaux ou arrondis, plats brillants, étaient roses, sans purpura ou plus souvent centrés d'un point purpurique, disséminés irrégulièrement sur un fond pigmenté qui résulte de l'évolution des éléments antérieurs; en effet ces papules purpuriques se pigmentent en se résorbant.

La deuxième malade, suivie avec Blum (566), est identique avec de minimes différences : atteinte du bras en même temps que de la jambe, absence de prurit, pointillé blanc sur fond pigmenté correspondant à certains placards guéris.

Le troisième malade, observé avec Fatou (576), est identique mais les éléments sont plus petits, plus nombreux, disséminés sur les bras, le tronc, et surtout les jambes, la pigmentation est inconstante, tardive, la plupart des éléments se résorbant sans pigmentation, sans cicatrice.

Cette caractères distinguent cette dermation des types connus et notamment de la maladie de Schamberg.

DERMO-ÉPIDERMITE PUSTULEUSE MILIAIRE ET ÉRYTHÉMATO-SQUAMEUSE NUMMULAIRE ET EN PLACARDS A PROGRESSION CENTRIFUGE

Cette dermatose nouvelle[1] inconnue de Brocq, Darier, Sabouraud, etc., est de cause ignorée. Tantôt les lésions étaient disséminées, nombreuses, sur tout le corps, avec onyxis intenses et périonyxis. Tantôt elles étaient localisées et restaient localisées depuis des années, aux paumes notamment.

« Les placards d'inégale grandeur de 1 à 50 centimètres irréguliers de forme ont tantôt des bords non figurés, tantôt des bords polycycliques à petits festons de 1 à 2 centimètres de rayon ou plus souvent à festons à grands rayons de 5 à 10 centimètres. Les bords sont tantôt nettement arrêtés, tantôt diffus, tantôt déchiquetés en archipel.

« Les placards sont très polymorphes au premier abord, mais l'étude évolutive des lésions pendant plusieurs années permet de reconstituer leur succession.

1. Il ne s'agit pas de maladie d'Hallopeau, car dans sa « dermite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique décrite par Mallopeau en 1899, il y a « pyodermite végétante » (qui manque chez tous nos malades) et Hallopeau rapprochait son type clinique des pemphigus végétants et de la dermatite herpétiforme végétante de Brocq.

« Au début, la lésion est un placard rose, puis rouge vif, nummulaire, assez bien délimité, de 1 à 3 centimètres, infiltré, légèrement papuleux, qui très rapidement en deux à trois jours, rarement plus lentement en huit à onze jours, se parsème de pustulettes spéciales : micro-abcès intramalpighiens de 0,5 à 1 millimètre et plus, ne faisant aucune saillie au début, qui peu à peu grossissent atteignant 2 à 3 millimètres, restant plats. Ouverts ils laissent, après avoir essuyé la pustulette de pus visqueux, une cupule épidermique rosée ou rouge très petite. (La biopsie confirme la clinique.)

« Plus ou moins rapidement le placard s'étale par marche excentrique centrifuge multipliant les pustulettes. Deux évolutions sont alors possibles, qui souvent d'ailleurs s'intriquent en un même point successivement ou s'associent côte à côte.

« Tantôt c'est l'évolution pustuleuse : les pustulettes miliaires, plates, de couleur jaune d'or, sans grossir davantage se multiplient, fusionnent donnant des érosions micropolycycliques de 10 à 70 millimètres d'étendue, avec des ilots en archipel, dénudées ou recouvertes de croûtes ambrées; des lambeaux épidermiques décollés forment à la périphérie de l'érosion, une collerette d'épiderme flétri, humide, blanchâtre, de 0,5 à 1 millimètre de large. Dans l'intervalle des îlots érodés, l'épiderme est rouge, blanchâtre, macéré, desquamé.

« Tantôt les placards deviennent squameux et, suivant l'abondance et l'épaisseur des squames, prennent l'aspect des eczémas, des parakératoses, du psoriasis, sans s'identifier à aucune de ces dermatoses.

« L'évolution est indéfinie et n'obéit à aucune règle; tantôt les placards du début avortent, les pustulettes restent rares ou sèchent, la desquamation est peu prononcée (forme avortée). Tantôt ils durent deux à trois mois. Tantôt ils déterminent des poussées successives prolongeant la lésion pendant des années, tantôt certaines lésions guérissent sans laisser de cicatrice et sans transformation végétante, mais d'autres repullulent en d'autres secteurs; chez un de nos malades les lésions durent depuis trente ans.

« Jusqu'à présent tous nos malades sont restés incurables quoique avec des rémissions importantes et régression presque totale; mais il persistait des placards qui ensuite se réactivaient et réensemençaient l'épiderme. »

PRURIGO CIRCINÉ ET RUBANÉ (617 avec F.-P. Merklen).

« La malade avait d'abord des papules coniques acuminées, dures, de 1 à 3 millimètres de prurigo classique, très démangeantes (1er stade).

« La plupart de ces petites papules s'étalaient en 5 à 7 jours, atteignant

6 à 10 millimètres sans prendre plus d'élévation. A ce deuxième stade, la lésion est donc une papule plate arrondie de 6 à 10 millimètres, rosée, à bord net haut de 1 à 2 millimètres brusquement arrêté par un profil courbe du côté externe.

« Bientôt la lésion grandit progressivement : vers 12 à 15 mm le centre s'affaisse sans desquamer et l'on a le début de la circination rubanée (3e stade).

« Vers 20 à 25 millimètres la lésion est adulte (4e stade); on a une couronne prurigineuse large de 5 à 7 millimètres ayant les caractères de la papule encore non circinée de 6 à 10 millimètres, c'est-à-dire une couronne papuleuse plate, unie, à peine colorée, rosée, non squameuse, à bord net vers l'extérieur, descendant en pente double vers la dépression centrale, la limite étant indécise mal tranchée.

« Cet élément adulte en couronne peut rester isolé ou confluer avec des éléments voisins; ces éléments confluents dessinent des circinations polygéliques à 2, 3, 4, 5 et même 6, 7, 8 cercles incomplets.

« Les éléments peuvent rester à cette taille ou grandir encore, atteindre 30-40 millimètres, mais d'ordinaire un segment de la couronne disparaît alors et le prurigo forme des arcs de cercles incomplets, la couronne se rétrécit à 4, 5 millimètres, le centre souvent se pigmente sans jamais desquamer.

« Parfois une nouvelle petite papule de prurigo naît au centre affaissé d'une couronne qui s'étale : on a l'aspect des syphilides circinées à papule centrale. »

NOTIONS NOUVELLES

APPORTÉES A LA CLINIQUE, ÉTIOLOGIE, HISTOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES DERMATOSES ANCIENNEMENT CONNUES

Notre petit livre de « Dermatologie « (384) qui est le résumé de nos conférences d'agrégé à l'Hôpital Saint-Louis, a tenté de réunir ce qu'il est indispensable au praticien de connaître en dermatologie et surtout en thérapeutique, sans négliger les principes directeurs qui rattachent la dermatologie à la médecine générale (384, p. 17, etc.).

ATROPHIES. Dermite faciale atropho-hypertrophique symétrique en aires a progression excentrique, d'origine indéterminée, peut-être tuberculeuse (avec de Beurmann, 19) : Forme nouvelle (moulage 2438).

Un deuxième cas (257, 1912) prouvait la nature tuberculeuse de certaines atrophies. En effet chez cette malade guérie d'un lupus Willanique de la face, on notait deux placards atrophiques symétriques de la face externe et supérieure des bras identiques à l'atrophie de la malade 19. Au milieu des aires atrophiques on surprenait des nodules lupiques qui en affirmaient la nature tuberculeuse (moulage 2666).

Atrophie cutanée (dermatolyse) palpébrale compliquée de poussées œdémateuses et lichen des avant-bras (avec Gaucher, 1914, 354).

CHÉLOÏDES. Syphilis et chéloïdes (22, 352, 394, 611). Étude clinique pathogénique et étiologique des chéloïdes secondaires à des syphilides et cicatrices syphilitiques (en collaboration avec de Beurmann, Clara, Cohen).

A ce propos nous essayions de faire une revue de ces faits et nous distinguions quatre sortes de faits :

I. — Chéloïdes *postcicatricielles* développées sur les cicatrices de lésions syphilitiques après leur guérison.

II. — Chéloïdes *cicatricielles et périulcéreuses*, la chéloïde apparaissant pendant la guérison et avant la cicatrisation complète.

III. — Chéloïdes *associées au processus syphilitique gommeux en activité*: **Syphilis chéloïdienne** ou **chéloïdogommeuse** (394). Avant le traitement « la lésion était une très grande chéloïde rameuse boursouflée, rouge tachetée d'ulcérations gommeuses. Après le traitement elle se réduisit du tiers en étendue et des deux tiers en épaisseur, laissant une chéloïde d'apparence banale mais tachetée de cicatrices. »

IV. — Chéloïdes *indépendantes* des syphilides chez des syphilitiques.

Nous discutions longuement les étiologies invoquées, concluant que le plus souvent la chéloïde est due au terrain tuberculeux, mais qu'il est possible que dans des cas exceptionnels la syphilis crée à elle seule la chéloïde, en nous appuyant sur les effets heureux du traitement antisyphilitique.

Chéloïdes des muqueuses (chez un syphilitique) (24, 1906 avec de Beurmann).

Chéloïdes et tuberculose (115, 119, 121, 230). Nous avons groupé les arguments en faveur de l'origine bacillaire d'un grand nombre de chéloïdes.

Avec Lamy (119) nous avons étudié la fréquence des coïncidences cliniques et le développement des chéloïdes sur les cicatrices d'opération de lésions tuberculeuses et même après de simples engelures (230), les faits de passage entre la chéloïde et les tuberculoses scléreuses : lupus à **bord chéloï**dien (115), où il nous fut possible de suivre l'histogenèse de la sclérose chéloïdienne et surprendre la formation de tissu chéloïdien autour de follicules tuberculeux. Avec Laroche nous avons obtenu deux fois (121) l'ébauche de reproduction expérimentale et une fois sur le cobaye la chéloïde dans tous ses détails.

Traitement des chéloides par l'ablation suivie de radiothérapie précoce (48, 1906 avec de Beurmann et Noiré).

COMPLEXE DU PIED (610). — Au pied, les éruptions sont souvent complexes; un des complexes les plus fréquents est le suivant : — 1° dyshidrose vraie. — 2° épidermomycose due à des lésions greffées sur la dyshidrose — 3° Infection secondaire par les cocci de la peau (dermo-épidermite strepto-staphylococcique) — 4° eczématisation déclenchée par ces irritations sur un terrain prédisposé eczimatisable — 5° parfois dermite artificielle médicamenteuse due à des traitements trop actifs.

Ces cinq éléments coïncident souvent en même temps; une thérapeutique progressivement graduée arrivera à les dissocier et à guérir degré par degré ce complexe du pied.

DERMATITES EXFOLIATRICES (401). — Nos observations nous ont permis de décrire des dermo-épidermites microbiennes curables simulant les dermatites exfoliatrices chez l'adulte et chez le nouveau-né.

DERMATITE PROFESSIONNELLE ULCÉREUSE ET VÉGÉTANTE PAR L'ACIDE SULFURIQUE. — Ulcération de 5 à 10 millimètres de diamètre, à cicatrisation lente et correspondant au contact de chaque goutte d'acide (avec Gaucher, 212).

DERMATITES VÉGÉTANTES : LEUR MULTIPLICITÉ (265).

A propos des mycoses et des pyodermites tuberculoïdes notamment des mycodermoses ulcérovégétantes disséminées, nous avons revisé l'ancien groupement des dermatites végétantes microbiennes montrant la multiplicité des causes : non seulement le bacille tuberculeux, mais des champignons différents, parasites américains du groupe *Zymonema Gilchristi*, *Sporotrichum Beurmanni*, *Mastigocladium Blochii*, *Mycoderma pulmoneum*, etc., et aussi des streptocoques et cocci cutanés (219, 271, 384).

DIPHTÉRIE CUTANÉE (384) forme non pseudo-membraneuse purpurique et lymphangitique (avec Marcel Bloch et Dalsace).

DYSHIDROSES VRAIES (*sans mycose*) et **ÉPIDERMOMYCOSES** DYSHIDROSIFORMES : Les cas **MIXTES** OU DYSHIDROSES SECONDAIREMENT INFECTÉES (507). Cette étude détaillée clinique et bactériologique portant sur près de 100 cas distinguait la dyshidrose vraie qu'avec Brocq nous classons dans les réactions cutanées, aseptiques, non mycosiques, et qui est caractérisée par ses poussées avec guérison complète dans l'intervalle — les épidermomycoses chroniques sans guérison spontanée dans l'intervalle des poussées (v. p. 64 et 353, 507) — les cas mixtes.

ECZÉMA DE LA FACE **ET CONJONCTIVITE** ECZÉMATEUSE APRÈS CHAQUE INGESTION DE **QUININE** (1912, 287 avec Gaucher et Meaux Saint-Marc).

ÉLÉPHANTIASIS NOSTRAS DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE (460). — Discussion de la cause : traumas, fissures permettant des infections microbiennes.

ÉRYTHROMÉLIE DE PICK-HERXHEIMER (616). **Formes frustes localisées fixées non progressives** notamment au dos des mains ou aux coudes, aux deux genoux, restant localisées en ces deux points symétriques sans progresser.

Évolutions des lésions et débuts atypiques : par des « macules érythé-

mateuses arrondies de 10 à 15 millimètres sans desquamation, sans atrophie, mais avec infiltration œdémateuse commençante du derme, macules restant distinctes ou confluant en un large placard à la face postérieure de l'avant-bras ou dessinant un vague réseau à la face antérieure de la cuisse ».

Lésions faciales simulant le Lupus érythémateux (deux cas).

Association de lésions lichénoïdes de la muqueuse linguale et jugale (616). Malade suivi avec Zimmern, Huet et Pierre Merklen.

FROIDURES fréquence des dermoépidermites microbiennes (423, voir p. 90).

FUSOSPIRILLES (avec Goulier et Vaslin, 456).

Nous avons opposé « l'inefficacité de deux séries d'injections intraveineuses (fortes) de 914 qui n'amènent qu'une régression incomplète bientôt suivie en plein traitement (arsenical) d'une reprise et d'une aggravation des lésions, et au contraire l'efficacité surprenante du traitement local » par le 914 découvert par Achard et Flandin.

Dans ce cas il était intéressant de remarquer « l'étroite ressemblance d'une ulcération pseudomembraneuse fusospirillaire avec une gomme syphilitique ulcérée de la langue et reproduisant même *l'infiltration de la base* ».

GALE. A propos de la contagion de la gale : Les **RÉFRACTAIRES** a la gale, les **PORTEURS DE GERMES** contagionnants (1919, 468).

Nos observations ont montré des exceptions aux notions classiques de la contagiosité obligatoire :

— Des individus exposés à la contagion par cohabitation nocturne répétée, prolongée avec un galeux ou une galeuse restent indemnes : ce sont *les réfractaires à la gale.*

— Des réfractaires à la gale, les uns sont vraiment indemnes et réfractaires, car ils ne contagionnent pas, les autres sont des *porteurs d'acares,* et ces porteurs de germes, malgré leur intégrité apparente, contagionnent, et il faut les traiter comme des galeux avérés.

Frotte sulfureuse de la gale (435). Au lieu de la pommade soufrée type Helmerich souvent irritante, nous avons, à la suite des auteurs belges (Vleminx) et danois (Ehlers), de Milian préconisé avec Paul Duret une *frotte sulfureuse.*

Soude caustique à la chaux	33	250 grammes.
Soufre sublimé	45	
Eau	272	
Soude caustique	7	100 grammes.
Oxyde de zinc	30	
Eau	63	

	Hiver	Été	
Lanoline	200	275	550 grammes.
Vaseline	200	275	
Huile de vaseline	150	0	
Total . . .			1000 grammes.

Faire dissoudre à froid la soude dans son poids d'eau, puis ajouter le soufre et faire chauffer jusqu'à dissolution; reprendre par quantité suffisante d'eau pour faire un poids total de 350 grammes. Mélanger à cette solution de pentasulfure ainsi obtenue la solution de zincate de soude préparée en délayant l'oxyde de zinc dans la soude dissoute à froid dans 63 grammes d'eau. Puis incorporer au mélange de ces deux solutions la lanoline et la vaseline préalablement fondues ensemble.

Contrairement à beaucoup d'auteurs la désinfection des vêtements nous semble indispensable, quelle que soit la technique (frotte sulfureuse, créoline, etc.), et nous ne comptons plus les récidives dues à la méconnaissance de cette règle.

GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS PAR ARTÉRITE CHRONIQUE OBLITÉRANTE TRANSITOIRE OU PERMANENTE, D'ÉTIOLOGIE INCONNUE (avec F. Raymond, 1907, 66, et avec Clara, 1918, 427). Ces deux observations longuement détaillées, que nous distinguions de la maladie de Raynaud sont probablement parmi les premiers cas observés en France du syndrome que l'on appellera plus tard maladie de Léo Burger.

GRANULOME ANNULAIRE OU ÉRYTHÉMATO-SCLÉROSE CIRCINÉE DES MAINS A STRUCTURE **TUBERCULOIDE**. Discussion étiologique et de la nature tuberculeuse (avec Bonnin, 1919, 441).

GRANULOSIS RUBRA NASI ET **TUBERCULOSE** (1919, 468). — Deux malades nous incitèrent à poser la question car « chez tous deux il y a manifestement association de terrain tuberculeux ».

Chez le premier, au milieu des lésions typiques de granulosis, la vitropression découvrait trois grains lupiques willaniques caractéristiques qui ont guéri par la Finsenthérapie, alors que le granulosis était peu influencé. Chez le deuxième, il y a superposition de granulosis, de lupus pernio et de milium.

HERPÈS AU COURS D'UNE HÉMORRAGIE MÉNINGÉE (75, avec le professeur Lemierre).

TRAITEMENT DE L'HERPÈS PAR LES BADIGEONS IODÉS (515) de teinture d'iode pure dès les signes précurseurs, afin de tenter l'abortion et plusieurs jours après la guérison.

KÉRATOSE PILAIRE ROUGE EXCLUSIVEMENT FACIALE (20, avec de Beurmann), première étude histologique détaillée.

KYSTE SYNOVIAL ET TUBERCULOSE : « MALADIE POLYKYSTIQUE » DU POIGNET, INOCULATION POSITIVE DU LIQUIDE AU COBAYE (493).

LICHEN. LICHEN PORCELAINÉ (390). Nous refaisions une étude de ces lichens curieux caractérisés par un infiltrat blanc brillant porcelainé et nous demandions que l'on distingue les lichens plans atrophiques du lichen porcelainé. En effet, toutes les formes des lichens plans, le papuleux vulgaire aussi bien que le porcelainé, peuvent secondairement ou d'emblée évoluer vers l'atrophie. Mais le lichen porcelainé n'aboutit pas constamment à l'atrophie et l'on ne devrait appeler lichen plan atrophique que les lichens évoluant vers l'atrophie.

LICHEN PLAN PALMAIRE (19, avec de Beurmann). Étude clinique et classification de ces lichens palmaires; description d'un type nouveau (moulage 2450) : *Lichen plan palmaire à pointillé rouge.* Les formes de transition, la biopsie ont confirmé la nature lichénienne de ces éléments atypiques.

TRAITEMENT DU LICHEN PLAN PAR L'ACIDE CHRYSOPHANIQUE (525). Contrairement aux habitudes classiques qui n'usent que de topiques doux et au maximum d'acide salicylique, nous employons, depuis plusieurs années, les pommades, traumaticines et pâtes chrysophaniques en graduant d'après la tolérance et, sauf dans les formes aiguës et intolérantes, ce nous semble le meilleur traitement local des lichens plans.

ÉCHEC DE LA RADIOTHÉRAPIE (578, 630). Avec Filliol (578), nous avons présenté un malade atteint de lichen plan buccal sans lichen cutané, on le traite par la radiothérapie interscapulaire sans succès; le lichen cutané apparaît six semaines après cette cure, sur la zone irradiée et sur le scrotum.

Avec Zimmern et Carteaud (630) nous avons présenté un malade que la radiothérapie radiculaire et locale n'a pas empêché de récidiver dans la zone irradiée, autour d'elle, et sur les membres.

MÉLANOSE DE RIÉHL : FORMES VERRUQUEUSES (609). Nous signalions deux cas de « mélanose réticulée avec hyperkératose en surface presque verruqueuse superposée à la mélanose... ces deux malades, travaillant dans des bureaux, ne maniaient pas de produits chimiques ni goudron, ni huile ».

PEMPHIGUS (286, 310, 486). — PEMPHIGUS SUBAIGU A BULLES EXTENSIVES DE BROCQ (avec Brocq, Desaux et Rabreaud, 486).

PEMPHIGUS « HYSTÉRIQUE » INVOLONTAIRE : bulle de brûlure du voile du palais par les aliments trop chauds en raison de l'anesthésie de la

muqueuse (256 avec Pietkiwicz et Detape). Bulles de brûlures cutanées involontaires pendant le somnambulisme (384).

Pemphigus **réticulé** périodique naissant sur dermatose papuleuse lichénoïde des jambes (442). Cette forme nouvelle de pemphigus « récidive au printemps et à l'automne depuis une dizaine d'années se bornant aux jambes et ne déterminant aucun trouble général. Un prurit léger l'annonce 4 à 5 jours à l'avance et la veille, une cuisson plus forte.... L'épiderme se soulève formant des bulles tendues douloureuses disposées en réseau.... »

« Après ces poussées bulleuses, il reste une dermatose papulo-squameuse lichénoïde chronique dessinant le réseau que suivaient les bulles débutantes. »



Pemphigus réticulé périodique naissant sur dermatose papuleuse lichénoïde des jambes.

Piqûre venimeuse (araignée, etc.) : large disque érythémato-purpurique a tendance vésiculeuse avec gangrène simulant le charbon (416).

Pityriasis rubra pilaris : guérison après injection de vaccin antituberculeux de Vaudremer (652) chez une fillette de cinq ans.

Plaies larges lentes a cicatriser : traitement par les boues radioactives sucrées stérilisées (372).

Porokératose papillomateuse palmaire et plantaire (11, avec de Beurmann). Cinquième observation connue.

Psoriasis : recherches expérimentales et microbiologiques (347), examens à l'ultra, cultures, hétéro-inoculations, auto-inoculations, etc., tout resta négatif.

Psoriasis, tuberculose et syphilis (384). Ces trois maladies sont distinctes.

Psoriasis et ichtyose (16, avec de Beurmann). Association exceptionnelle dont il n'existait que deux cas connus de Neumann et de Lesser.

Traitement du Psoriasis par l'huile soufrée de Bory (384, 418). Avec Duret nous perfectionnions la formule (384). Nous faisions remarquer que les injections d'huile soufrée réussissent surtout dans les formes graves de psoriasis confluents simulant la dermatite exfoliatrice, de psoriasis fébrile, de psoriasis arthropathique presque généralisé, etc. (observation in thèse de Skolnik) nous avons eu ainsi des guérisons inespérées durables ou avec des récidives de psoriasis discrets bénins. Dans les psoriasis moyens ou bénins, les résultats sont inconstants, il faut associer l'arsenic à l'intérieur et les réducteurs à l'extérieur.

Traitements locaux. Avec Duret nous perfectionnions la formule de la pâte de Drew (384).

Traitements généraux nouveaux (574, 384). Étudiant l'action des salicylarsinate de mercure, calomel, arsénobenzènes, bismuthiques, nous relevions leurs résultats très inconstants, et leurs succès si rares nous paraissent s'expliquer par des erreurs de diagnostic ou plutôt par des hybrides syphilitico-psoriasiques.

Étudiant l'action de l'insuline, nos observations soulignaient les différences d'action incompréhensibles : guérison incomplète, poussées à la fin de la cure, récidives précoces, etc., et cherchant les raisons de ces paradoxes dans l'état viscéral ou humoral (glycémie, cholestérinémie, etc.), il nous était impossible de trouver l'explication.

Éruption psoriasiforme papuleuse « **verruqueuse** » rebelle (453). Aux confins des psoriasis, on découvre des éruptions psoriasiformes inclassables : éléments nombreux « guttata » des genoux, coudes, mains, avant-bras, face, différentes du psoriasis au grattage méthodique et histologiquement.

PURPURA. Purpura au cours d'un ictère hémolytique acquis général et ictère hémolytique local (hématomes profonds avec ecchymoses) de la jambe droite (avec Henry Salin, 188). Discussions pathogéniques.

Purpura localisé de l'avant-bras a topographie nerveuse provoqué par une constriction des nerfs au niveau du coude chez un tuberculeux : *Diathèse purpurique révélée par une cause traumatique occasionnelle* (avec Henry Salin, 189).

Purpura déclenché par une polynévrite éthylique (avec Gaucher, 210).

Purpura dans la tuberculose (276). Nous essayions de montrer la multiplicité pathogénique : le purpura est dû tantôt au Bacille de Koch présent dans la lésion agissant par ses toxines adhérentes et solubles diffusant

localement autour de lui — tantôt aux décharges toxiniques — tantôt à la réactivation de lésions cutanées bacillaires éteintes — tantôt à la diathèse hémorragique créée chez le tuberculeux par des altérations viscérales complexes, surtout du foie et du système nerveux.

PYODERMITES ET INFECTIONS CUTANÉES. Traitement par le Bactériophage (537). Avec E. Peyre nous avons appliqué à la dermatologie les travaux de d'Hérelle chez des malades atteints de pyodermites rebelles, notamment de sycosis dont on sait la désolante ténacité. Nous citions 4 cas de sycosis jusque-là rebelles dont deux depuis sept ans et un cas de furonculose récidivant sans cesse depuis trois ans.

Nous résumions la technique de préparation de l'autobactériophage anti-staphylococcique : repiquages pour l'habituer à lyser le staphylocoque du malade, filtration, et nous précisions les modes d'application : injection sous-cutanée qui semble insuffisante, injections locales et pansements locaux en insistant sur la nécessité d'ouvrir et d'inoculer patiemment chaque pustule avec le bactériophage; le lendemain une réaction locale souvent intense est de règle. « On a l'impression d'une lutte entre le staphylocoque et le bactériophage, puis, au bout de quarante-huit heures, la lésion injectée se dessèche et disparaît »; il faut répéter tous les deux jours la même manœuvre.

SEPTICÉMIES (322, avec Meaux Saint-Marc) : S. entérococcique grave **à localisations articulaires, cutanées (purpura rhumatoïde) et sous-cutanées : grands œdèmes diffus pseudophlegmoneux avec lymphangites secondaires, évolution bénigne abortive.**

Septicémie streptococcique bénigne **à manifestations articulaires et cutanées : papules dermiques (érythème polymorphe), purpura (purpura rhumatoïde) et grands œdèmes sous-cutanés infectieux pseudophlegmoneux avec état érypélatoïde du derme.**

Ces deux septicémies représentant deux degrés extrêmes, avaient eu des manifestations cutanées semblables; nous détaillons la pathogénie locale microbienne de ces manifestations depuis la macule jusqu'au grand œdème pseudophlegmoneux, l'action locale des microbes atténués, ou mourant, ou tués, la pathogénie locale du purpura par le ferment protéolytique des microbes vivants ou morts digérant les parois des capillaires, d'où leur rupture et le purpura.

TROUBLES TROPHIQUES : T. réflexes et paralysies réflexes consécutifs aux blessures des extrémités (383, avec Albert Charpentier).

Troubles régressifs du squelette de la main (8).

Troubles trophiques des ongles : « **ongles en accordéon** » consécutifs a des poussées d'œdème (neuroarthritiques?) des mains (avec Lorentz Monod, 360).

ULCÉRATIONS A FONDS CYANOTIQUES ET PURPURIQUES : gravité et lenteur de cicatrisation (497). Au point de vue pathogénique, nos observations montraient qu'en dehors de la tuberculose, syphilis, etc., il existe deux formes et deux mécanismes principaux que nous décrivions en



Ulcérations cyanotiques : capillarites oblitérantes donnant une nécrose blanche ou une nécrose purpurique de l'épiderme et laissant des ulcérations cyanotiques.

détails : — ecthymas cyanotiques et nécrotiques avec leurs diverses variétés; — ulcérations consécutives à la nécrose par capillarite oblitérante, tantôt donnant une nécrose épidermique blanche, tantôt une nécrose purpurique, avec ou sans bulle purpurique, les capillaires nécrosés se rompant et laissant le sang s'infiltrer comme dans un infarctus : nous décrivions ces faits en détails avec photographies et résumé histologique.

Ces lésions apparaissent sur un état cutané aux capillaires angioscléreux, dont nous donnions, après Gaucher, Lacapère et d'autres, les traits essentiels (497, p. 460) et que décrira plus tard Favre et Chaix avec grands détails sous le nom de Dermite pigmentée et purpurique.

Nous indiquions le rôle important mais non exclusif de la syphilis dans ces capillarites.

Tous ces faits nous amenaient à conclure que l'ulcère de jambe n'est que l'aboutissant de processus très divers : ecthyma, syphilis, parfois tuberculose (115), et même sporotrichose : nous en avons suivi deux cas avant guerre avec cultures positives et guérison par l'iodure.

Enfin nous insistions sur la **valeur pronostique** de cet état cyanotique : Quelle que soit la cause de ces lésions « dès que leurs bords cutanés prennent l'aspect cyanotique rouge violacé ou bleu noir, surtout si la vitropression montre des points purpuriques, la cicatrisation sera très lente, durant des semaines et des mois; elle s'arrêtera souvent, rétrogradant par nouvelle ulcération, infection ou nécrose. Si les bords sont sclérosés, épaissis, et si la lésion forme un bloc fibreux, la cicatrisation sera encore plus lente. »

TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS DOULOUREUSES (633) notamment DES ULCÈRES RŒNTGÉNIENS. Il faut démêler la pathogénie de la douleur afin d'y opposer un traitement approprié :

— ulcérations douloureuses par infection de l'ulcération et par infection de l'épiderme environnant avec ou sans eczéma : — d'où le traitement « antiseptique »;

— ulcérations douloureuses par dénudation et irritation des petits nerfs de l'ulcération : d'où le traitement trop peu connu de *l'anesthésie locale par la stovaïne, etc.*, puis *par le pansement humide avec alcool à 90°*, ou, dans les cas rebelles, sous anesthésie, destruction par aérothermocautérisation de Vignat;

— ulcérations avec douleurs profondes phlébitiques, artérielles, névritiques.

URTICAIRE : URTICAIRE BUCCALE : dans la bouche, l'urticaire peut revêtir des formes de diagnostic difficile si la lésion buccale est isolée : crises angoissantes d'étouffement, etc.

URTICAIRE PAR LE FROID (618 avec Peyre, Moutet et Bourdillon) : choc humoral immédiat, intense, caractérisé par la chute des leucocytes de 9 000 à 1 000; hyperrésistance des globules rouges (sans doute par réaction de défense avant le froid et hyporésistance après le froid pendant le choc.) Le malade est un hérédosyphilitique.

ACCIDENTS POSTVACCINAUX CHEZ 8 ENFANTS ICHTHYOSIQUES (15 avec de Beurmann) : mort, dermatite polymorphe de Brocq, etc.

TRAITEMENT DE LA VARICELLE (338) par le xylol à l'intérieur, les cautérisations iodées à l'extérieur. Même non écorchées certaines pustules

laissent des cicatrices; ce sont les premiers éléments qui sont les plus intenses par défaut d'immunisation.

VITILIGO. Vitiligo et syphilis (avec Gaucher et Audebert, 321).

Vitiligo familial et hérédosyphilis (365) : « L'hérédosyphilis est une des causes, peut-être la plus fréquente, de vitiligo familial. »

Vitiligo post-traumatique autour d'une blessure de guerre (462). Ce vitiligo typique est apparu dix jours après une blessure au-dessus de la crête iliaque gauche, commençant autour de la blessure, essaimant ses lésions autour d'elle aux cuisses, fesses, organes génitaux, au flanc, prédominant à gauche, s'arrêtant et diminuant après l'opération qui guérit la blessure mais persistant depuis lors.

ZONA à localisations multiples et **IMMUNISATION ZONATEUSE** (1910, 190, avec H. Salin).

Ce zona multiple eut une première éruption intense dans L.III droit avec prodromes, douleurs prééruptives et postéruptives et cinq jours après une deuxième éruption dans C.VIII D.I à droite et à gauche, atténuée, sans prodromes, peu douloureuse et sans douleurs consécutives.

L'auto-immunisation progressive explique l'atténuation des lésions tardives frappant une autre racine et celle des vésicules aberrantes, comparable à l'atténuation des pustules de vaccin Jennerien inoculées de jour en jour. On peut supposer que, si le zona « saute » des racines, c'est que l'auto-immunisation est locale; aussi, quand l'infection zonateuse se généralise, trouve-t-elle autour de la première racine atteinte des tissus immunisés et elle doit sauter plusieurs racines avant de retrouver des racines non réfractaires qui permettront un nouveau zona, mais que la demi-immunité atténuera.

Purpura radiculaire du bras gauche et zona droit symétrique (avec Thibaut, 299).

Le zona a été intense au bras droit et le zona symétrique du bras gauche est avorté par demi-immunisation zonateuse, mais cette lésion radiculaire gauche zonateuse a été un point d'appel pour le purpura et a localisé une diathèse purpurique qui s'était déjà manifestée par quelques macules purpuriques aux jambes.

SYPHILIS

Notre petit livre « **Traitement de la syphilis** » (345, 4e édition) est le résumé de nos Conférences d'agrégé à l'hôpital Saint-Louis, il a été un des premiers à réunir ce qu'il est indispensable au praticien de connaître en syphiligraphie.

Il a cherché non seulement à donner l'opinion générale, mais aussi à résumer notre expérience personnelle.

Pour répondre au but que réclamaient les médecins, « l'ordre et les matières de ce livre diffèrent profondément de ceux des traités classiques et les questions de pratique courante ont été particulièrement développées : secret professionnel, manière de révéler le diagnostic de syphilis; conduite à tenir en présence des syphilitiques mariés, des enfants, des domestiques syphilitiques, etc. : instructions générales thérapeutiques et hygiéniques à donner aux syphilitiques; conduite à tenir dans les cas de chancres douteux; surveillance et traitement des syphilis latentes; diagnostic du début et prophylaxie nerveuses; prédispositions des syphilitiques au cancer et prophylaxie des cancers de la langue, de l'utérus, etc.; traitement préventif de l'hérédosyphilis; syphilis et mariage; conditions du mariage des syphilitiques et conduite du médecin, code sanitaire du syphilitique marié, traitement de la grossesse, surveillance de la mère et de l'enfant, allaitement des nourrissons, etc. : examens et certificats des nourrices et des nourrissons; conduite du médecin lorsque la syphilis est cause de séparation de corps ou de divorce; responsabilité civile et pénale en matière de transmission de la syphilis; diagnostic des syphilis latentes, méconnues, latentes ou niées; nécessité d'une surveillance périodique pendant toute la vie, etc. ».

ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS

Dans mon livre (345) et dans plusieurs articles (605, etc.) nous avons envisagé l'ensemble de l'évolution de la syphilis, confrontant les conceptions anciennes et les notions nouvelles apportant des faits nouveaux.

SYPHILIS PRIMAIRES RETARDÉES : CHANCRES TARDIFS spontanément, C'EST-A-DIRE SANS TRAITEMENT (582, 345), par exemple chez un de nos malades la première incubation dura plus de 110 jours sans qu'on puisse invoquer d'autre cause qu'une hérédosyphilis latente qui a dû laisser un reliquat d'immunité.

CHANCRES RETARDÉS PAR LES TRAITEMENTS PROPHYLACTIQUES (avec P. Fernet 524, 582).

« Tous les degrés de syphilis primaires retardées ont pu être observés :

« Tantôt la syphilis primaire retardée est « normale », elle est simplement retardée : c'est un chancre d'aspect et d'intensité habituels avec ses ganglions; le Bordet-Wassermann apparaît plus ou moins rapidement. S'il n'y avait pas l'absence de nouveau risque de contagion, on croirait à une nouvelle infection (nous avons déjà signalé dans les syphilis secondaires retardées des exemples de ces pseudoréinfections).

« Tantôt et le plus souvent, la syphilis retardée est atténuée : — chancre petit, présentant tous les caractères du chancre, s'accompagnant d'adénopathie, ne durant que quelques jours (chez le n° 977 le chancre atténué est même apparu à la fin d'une cure intensive de 914); — Chancre fruste, réduit à une induration sous la cicatrice d'une chancrelle antérieure et sans ganglions.

Tantôt le chancre fait défaut : il n'y a ni lésion visible, ni ganglion palpable, mais la séro-réaction faite en série devient positive, c'est une syphilis décapitée sans chancre ni bubon. Chez certains, la syphilis ne se révèle pour la première fois que par des accidents secondaires : plaques muqueuses, survenues six mois après le contact infectant, papules de la figure et du tronc, discrètes, survenues neuf mois après le contact.

Tantôt enfin la syphilis paraît avorter : il n'y a aucun signe clinique, le B.W. reste négatif, mais si l'on réactive le B.W. il devient positif, c'était donc un faux succès du traitement prophylactique.

SYPHILIS SANS CHANCRE (495) : Ces syphilis ont été très discutées et sauf pour la syphilis conceptionnelle, A. Fournier niait leur existence. Nos observations apportent non seulement les preuves cliniques déjà connues : dates, confrontation, évolution, mais aussi les preuves bactériologiques : présence des tréponèmes dans les ganglions, et B.W. positifs, accidents secondaires :

— *syphilis sans chancre avec gros ganglion classique* froid indolent, la ponction révéla des tréponèmes dans le suc ganglionnaire et le malade refusant le traitement eut la roséole dans les délais classiques.

— *syphilis sans chancre à bubon suppuré syphilitique*, la constation des tréponèmes dans le suc du bubon, le B.W. positif, la syphilis certaine chez sa maîtresse, puis la roséole, affirmaient la syphilis tandis que l'absence de bacille de Ducrey sur frottis et en culture, l'autoinoculation négative éliminaient le chancre mou.

— *chancrello-syphilis sans chancre mixte porte d'entrée.* Le malade a des ganglions suppurés chauds douloureux du type chancrelleux avec constatation des bacilles de Ducrey d'une part et roséole, B.W. positif, etc., d'autre part.

Tantôt le tableau de la syphilis secondaire est complet, tantôt il est incomplet, tel malade n'a que des plaques muqueuses discrètes sans roséole, tel malade n'a aucun signe clinique, mais le B.W. est positif.

A ce propos nous faisions la remarque que « si parfois l'association des deux virus aggrave la syphilis, le plus souvent elle semble atténuer la syphilis, au moins la syphilis secondaire ».

En étudiant les échecs des traitements prophylactiques (524, 582), nous avons avec P. Fernet noté des cas semblables de syphilis décapitées sans chancre : syphilis ayant d'emblée des plaques muqueuses, syphilis silencieuses mais avec B.W. positif, etc.

CHANCRES : Variétés nouvelles : **chancre du téléphoniste à la lèvre** (444), **chancre du « cuistot » à la gencive médiane supérieure** (444, avec Léon Lévy et Clara).

Chancre hypodermique (1914-371). Tout était classique sauf « que la masse indurée était sous-cutanée que la peau ou demi-muqueuse glisse sur elle sans lui adhérer ». Ce fait et une inoculation accidentelle de Danila et Stroe montrent qu'il y a des exceptions à « l'immunité » de l'hypoderme.

Diagnostic des chancres. A plusieurs reprises nous avons apporté contribution à cette difficile question de pratique réclamant une longue observation d'un an avant de conclure à l'absence de la syphilis (345, 276).

Avec Clara (449) nous avons montré :

1° Que des dermites artificielles (ypérites génitales) peuvent simuler la syphilis : brûlure isolée de la verge ou brûlures génitales avec brûlures diffuses plus ou moins généralisées simulant le chancre ulcéreux, le chancre ecthymateux, le chancre phimosis, le « prepuce ficelé », le chancre paraphimosis gangreneux;

2° Que des ypérites peuvent masquer un chancre syphilitique génital, la syphilis ne se dévoilant que tardivement.

ACCIDENTS PRÉROSÉOLIQUES SECONDAIRES PRÉCOCES ET LEURS DANGERS : plaques muqueuses préroséoliques (467). La deuxième incubation n'est pas toujours cliniquement silencieuse, parfois on observe des accidents viscéraux préroséoliques et il nous a été donné de noter des lésions secondaires précoces contagieuses : tache de roséole isolée et surtout plaques muqueuses unique ou peu nombreuses, buccale, labiale ou balanique apparaissant 12 à 20 jours après le début du chancre. « En effet, à une époque où les malades et médecins croient encore l'infection localisée et non contagieuse, en dehors du chancre, ces plaques muqueuses sont des accidents contagieux contenant des tréponèmes, comme j'ai pu le démontrer chez trois malades et notamment chez un médecin atteint de chancre professionnel d'un doigt qui faillit contaminer sa femme par une plaque balanique. »

SYPHILIS SECONDAIRES RETARDÉES : Dans plusieurs travaux (262, 324) nous avons décrit les syphilis secondaires retardées : Exceptionnellement le retard est spontané, c'est-à-dire sans intervention du traitement et pour des causes obscures. Presque toujours le retard est dû à un traitement insuffisant :

« Tantôt la syphilis retardée est complète (roséole, plaques, etc.), la roséole et l'ensemble des phénomènes secondaires ne survenant que 4, 5, 6 mois après le chancre qui souvent se réactive et paraît être un chancre nouveau.

« Tantôt et plus souvent, la syphilis retardée est incomplète, se réduisant à quelques plaques ou papules.

« Tantôt le traitement ayant été plus intense, aucun accident clinique ne survient et tout se borne à un B.W. positif apparu tardivement.

« Tantôt enfin la généralisation semble supprimée : il n'y a ni symptômes cliniques, ni symptômes sérologiques.

« Ces faits ont une grande importance pratique, ils ne doivent pas faire trop tôt crier victoire, la guérison de la syphilis est trompeuse et nombre de cas de « réinfection » ne sont que des syphilis retardées. »

CONTAGIOSITÉ DES SYPHILITIQUES SECONDAIRES LATENTS : SAPROPHYTISME DES GERMES VÉNÉRIENS (414, 421). « Une notion nouvelle importante est qu'un syphilitique sans lésion apparente peut être « porteur de germes vénériens », donc contagieux. Nous en avons eu la preuve clinique et bactériologique.

— « 1° Des syphilitiques latents ont contaminé à une époque ou un hasard d'examen ou des examens réguliers les montraient exempts d'accidents décelables;

— « 2° Nous avons vu des tréponèmes persister saprophytes dans la bouche jusqu'à un mois après la guérison des plaques muqueuses (persistance saprophytique) et nous avons rencontré deux fois dans la bouche, une fois dans le vagin, ces tréponèmes saprophytes chez trois syphilitiques latents qui ne paraissaient pas avoir eu des plaques (saprophytisme chez des sujets « neufs »). »

SYPHILIS SECONDAIRES TERTIARISÉES PAR LES ARSÉNOBENZÈNES : (324, 345, 615). Dès le début nous avons souligné l'intérêt de ces faits : « Sept mois après le chancre traité par le 606 (0,60 et 0,60), alors que les autres malades ont des plaques muqueuses et des éruptions papuleuses disséminées, cet homme qui n'a aucun eu accident secondaire a présenté quatre syphilides tertiaires typiques serpigineuses à centre cicatriciel. Il a « sauté » pour ainsi dire, du chancre syphilis primaire à la gomme tertiaire, semblant supprimer toute période secondaire; je dis « semblant », car à un examen plus approfondi on découvre trois macules de roséole ».

Ces tertiarisations nous ont amené à voir, dans cette déformation de la syphilis, la meilleure explication des viscérorécidives et surtout des neurorécidives (345, v. p. 188).

GOMMES SYPHILITIQUES : GOMMES ET ULCÉRATIONS CYANOTIQUES. GRAVITÉ ET RÉSISTANCE AU TRAITEMENT, LENTEUR DE CICATRISATION (546). Nos observations montrent la relative fréquence des gommes et surtout des ulcérations cyanotiques gommeuses du tiers inférieur de la jambe chez les syphilitiques acquis et héréditaires; elles décrivent les principaux aspects et degrés allant de la simple teinte violacée au purpura; elles soulignent les difficultés du diagnostic du fait de cet aspect cyanotique avec les tuberculoses et les mycoses et nous résumions une observation **de lésion mixte tuberculo-syphilitique** chez une hérédosyphilitique.

Elles insistent surtout sur l'importance **pronostique,** sur la lenteur de cicatrisation malgré les traitements les plus actifs : 914, etc., les ulcérations pouvant s'éterniser 4 à 8 mois. Le *pronostic immédiat* est d'autant plus grave que l'état cyanotique et purpurique est plus marqué; le *pronostic lointain* est réservé, car ce mauvais terrain favorisera les récidives ou l'éclosion d'ulcérations cyanotiques d'autre nature (497).

Le traitement doit donc ne pas viser seulement la syphilis, mais aussi cet état local : troubles vasomoteurs, etc.

La protéinothérapie nous a donné avec Peyre une guérison rapide inespérée dans un cas (586).

ULCÉRATIONS CYANOTIQUES DES SYPHILITIQUES : ULCÉRATIONS *non*

SYPHILITIQUES DUES A DES **vascularites syphilitiques**, DONC ULCÉRATIONS **parasyphilitiques** (547). A côté des ulcérations cyanotiques résultant de la fonte gommeuse et de l'ulcération des syphilomes, nos observations montrent qu'il existe des ulcérations « indirectement » syphilitiques, donc parasyphilitiques au sens de Fournier, résultant de vascularites oblitérantes surtout de capillarites thrombosantes, d'où nécrose dermoépidermique, d'où ulcération.

Nous en décrivions : — les principaux aspects cliniques et modes de début : nécrose blanche, nécrose purpurique, bulleuse ou non; — les formes évolutives, — les complications : névrites associées, névralgies souvent ascendantes; — les formes pathogéniques : syphilis encore en activité avec vascularites syphilitiques récentes influençables par le traitement; syphilis anciennes éteintes laissant des capillarites scléreuses peu ou pas modifiables, rebelles au traitement, qui constituent un terrain sur lequel les causes banales déclencheront des ulcérations.

Le pronostic local est réservé, et le traitement doit être complexe, essayant de corriger tous les facteurs.

De tous ces faits ressort la **multiplicité pathogénique des ulcérations des syphilitiques** (561), et il faut se méfier de l'aspect syphiloïde que peuvent prendre des lésions non syphilitiques sur terrain syphilitique et des infections mixtes.

GOMMES SYPHILITIQUES LIPOMATEUSES (522). Des gommes sous-cutanées de la paroi thoracique développées depuis trois ans avaient déterminé autour d'elles une réaction lipomateuse si intense qu'on discuta le diagnostic d'un large lipome de 20 centimètres sur 15 centimètres saillant, tacheté de gommes syphilitiques ulcérées.

Mais les nodules avaient commencé avant le « lipome »; sous l'influence du 914 les ulcérations gommeuses guérirent en 20 jours et lentement la masse lipomateuse diminua « de moitié », puis sembla un moment ne plus décroître mais lentement elle se résorba.

DIAGNOSTIC DES GOMMES SYPHILITIQUES, avec les mycoses (57, 250, 345); avec les simulations (436, 388, 345, 384, 455).

TRAITEMENT LOCAL DE LA GOMME SYPHILITIQUE (572). L'ablation du bourbillon sur les grosses gommes, à la curette et à la pince, au besoin par une boutonnière faite à l'anesthésie locale pour les gommes fermées, ablation indolente puisque le tissu est nécrosé, hâte l'action du traitement général.

SYPHILIS TERTIAIRES LATENTES : A propos d'observations personnelles nous avons confirmé des travaux antérieurs ; — étude des **causes de récidives** tertiaires (345); — **contagiosité des syphilitiques**

anciens tertiaires, latents, sans doute par syphilis latente des testicules; — **réceptivité des anciens syphilitiques** (421, 345). Le degré de l'immunité règle la forme de la superinfection : d'après nous, les « accidents chancriformes tertiaires » les « chancres redux » des classiques sont presque toujours des superinfections; il en est de même de la plupart des roséoles de retour.

DANGERS DES RÉINFECTIONS (345, 421) : La notion ancienne qu'un syphilitique ne court aucun risque à avoir des contacts avec une personne syphilitique et peut impunément s'inoculer du virus syphilitique est donc erronée, et nos observatioDs montrent que ces superinfections peuvent être dangereuses, provoquant des réactivations de lésions viscérales, nerveuses, aortiques : aortite subaiguë dans un cas. PGP dans deux autres cas personnels. « Sont-ce les nouveaux tréponèmes qui donnent ces lésions graves? Sont-ce les anciens tréponèmes, c'est-à-dire l'infection ancienne qui se réactive? Ces deux mécanismes doivent exister et se combinent. »

SYPHILIS VISCÉRALES : MALADIE DE RAYNAUD (1913, 311, 345) : Avec Gaucher nous avons étudié plusieurs cas semblant d'origine syphilitique. « L'artériolite est d'abord spasmodique, puis surviennent la trombose et l'oblitération, d'où la gangrène. Des causes occasionnelles, froid, intoxication, chocs anaphylactiques déclenchent le système sur un terrain d'artériolite permanente. »

SYPHILIS DU FAISCEAU DE HIS. Dans une de nos observations (289) « la myocardite tachycardique est devenue peu à peu brachycardique et a guéri par le traitement mercuriel.

MALADIE D'ADDISON rapidement améliorée par le traitement mercuriel sans opothérapie (225 avec Gaucher).

SYNDROMES PLURI-GLANDULAIRES. — Les syndromes pluriglandulaires, dont nous avons avec H. Claude donné la démonstration clinique et anatomique, et dont nous avons montré la grande variabilité clinique (99, 120) relèvent assez souvent de la syphilis (407).

Le syndrome nouveau d'insuffisance surrénale avec dyshyperpancréatite (ou insulisme), que nous avons étudié avec Peyre (v. p. 220), paraît être souvent d'origine syphilitique et surtout hérédo-syphilitique (565).

ULCÈRES GASTRIQUES ET DUODÉNAUX SYPHILITIQUE ET PARASYPHILITIQUES (602). Après plusieurs auteurs nous apportons des observations d'ulcus chez des syphilitiques connus ou méconnus guérissant par le seul traitement antisyphilitique. L'ulcus relèverait chez ces malades de deux pathogénies : ulcération d'un syphilome (ulcus syphilitique) ou vascularites

artériolites ou capillarites sténosantes ou thrombosantes favorisant sur cette muqueuse ischémiée l'action rongeante du suc gastrique (ulcus parasyphilitique).

Les preuves sont : — coexistence de syphilis personnelle et familiale; — B. W. positifs forts, ou atténués dissociés;

— action rapide du traitement antisyphilitique contrastant avec l'inefficacité des traitements classiques : régime, pansements gastriques.

SYPHILIS NERVEUSES : A cette localisation si importante puisqu'elle constitue l'un des grands facteurs de gravité de la syphilis, nous avons consacré plusieurs études : article **syphilis cérébrale** du « Nouveau Traité de Médecine » (568) de Roger, Widal, Teissier, et des études de détails ;

Prophylaxie des syphilis nerveuses; discussion des causes afin de les éviter, nous concluions surtout à l'insuffisance du traitement (345).

Discussion des signes avertisseurs (345, 476, 568) : **clinique et rachicentèse.** Après discussion des opinions, nous concluions : « Nous croyons surtout utile de pratiquer la ponction lombaire systématique lorsqu'on se propose de ralentir l'intensité du traitement de consolidation, donc de la deuxième à la cinquième année, et nous la proposons toujours à nos malades.

« Si le malade refuse, on peut attendre d'avoir un soupçon clinique, car avec Sicard, je suis de ceux qui croient qu'après l'extinction de la poussée secondaire il est exceptionnel que la syphilis frappe sans avertir par de petits signes cliniques. Pour ma part, après la ponction lombaire de la fin de traitement de consolidation, je fais l'examen clinique systématique une à deux fois par an, au moins : s'il y a le moindre soupçon de lésion nerveuse, je n'hésite pas à faire la ponction lombaire. S'il n'y a aucun signe clinique, je fais la séro-réaction; si elle est négative, je ne fais pas de ponction lombaire; si elle est positive et que le traitement ne la rende pas négative, je me méfie d'une lésion nerveuse cachée et j'exige la ponction lombaire. »

En tous cas il ne faut pas attribuer à la ponction lombaire une puissance qu'elle n'a pas : En effet (476), « j'ai vu deux P. G. P. et trois tabétiques qui avaient eu à propos d'autres affections, dans les hôpitaux de Paris des ponctions lombaires avec liquide céphalorachidien normal plusieurs années avant l'apparition de la P. G. P. et du tabès ». Un liquide céphalorachidien normal est donc une sécurité trompeuse et dangereuse et ne peut dispenser de surveiller et traiter l'ancien syphilitique.

Pseudoparalysie générale chez les tabétiques; guérison ou amélioration et fixation par le traitement antisyphilitique (577). Avec Pierre Kahn, Jean Meyer, R. Weill-Spire nous avons recueilli des obser-

vations montrant, — que la pseudo P. G. P. paraît plus fréquente chez les tabétiques que la vraie P. G. P. incurable ; — que chaque fois que l'on constate un syndrome de P. G. P. ou une psychose faisant craindre un début de P. G. P., il faut systématiquement rechercher le tabès ; — que si alors on constate des signes tabétiques (abolition des réflexes), on peut espérer une pseudo P. G. P. curable ou améliorable par le simple traitement antisyphilitique sans malariathérapie.

Nous étudions ces faits au point de vue clinique, anatomo-pathologique et pathogénique, les uns relevant d'une psychose toxiinfectieuse non syphilitique, les autres, plus fréquents, d'une syphilis cérébrale correspondant à une poussée de méningo-encéphalite subaiguë si bien étudiée par le Professeur Henri Claude ou d'une psychose syphilitique.

Nous discutions les critères diagnostiques. Nous montrions que le diagnostic de P. G. P. semble si évident qu'il a été porté par des neurologistes, et nous citions une malade qui eut quatre ponctions lombaires successives devant l'étonnement du médecin chef de service surpris que son interne ne trouve pas dans le liquide céphalorachidien les stigmates de la P. G. P.

On voit l'importance pronostique et thérapeutique de ces faits : certains de nos malades restent guéris depuis plus de huit ans.

Douleurs des tabétiques guéris. Importance des causes congestionnantes et irritatives (617).

Il faut distinguer deux sortes principales de douleurs tabétiques — les premières dues au tabès en activité, justiciables du traitement antisyphilitique, admises par tous, — les deuxièmes encore trop peu connues, dues à toutes les causes qui irritent ou congestionnent les radiculites scléreuses tabétiques même guéries : nos observations cliniques sérologiques, céphalorachidiennes montrent qu'un tabétique guéri peut avoir des crises douloureuses pour des causes non syphilitiques : coup de froid, choc nerveux, etc. et surtout excès alimentaires, ingestion de tel aliment (chocolat) ou boisson, pour lesquels le tabétique est sensibilisé, véritablement anaphylactisé (Sicard, Dujardin).

Pour preuves comparatives, nous citions l'observation de deux amputés présentant dans les névromes de leur moignon les mêmes crises douloureuses que trois tabétiques pour les mêmes causes : injections de 914.

Ces faits doivent être connus au point de vue pronostique (car ils rendent le pronostic réservé, puisque même guéri le tabétique continue de souffrir, et il ne faut rien promettre au tabétique guéri) et au point de vue thérapeutique, car il est inutile de faire des cures antisyphilitiques intensives, ce que

l'on fait trop souvent, il faut surtout éviter les causes irritantes et congestives et les traiter : hygiène, régime, désensibilisation, adrénaline, etc.

Syphilis nerveuses en temps de guerre (407).

La guerre ne paraît pas avoir augmenté la fréquences des syphilis nerveuses. La plupart des malades observés étaient des mobilisés âgés n'ayant pas été au véritable front et nous n'avons pas vu les traumas crâniens déterminer des syphilis posttraumatiques nerveuses : un seul de nos malades faisait dater sa céphalée syphilitique d'une chute de cheval sur la tête.

Mais il nous a été donné d'observer quelques cas intéressants : notamment un cas d'hérédosyphilis de deuxième génération, cérébromédullaire diffuse à symptomatologie complexe de sclérose combinée tabétiforme (ataxie, exagération des réflexes, clonus) de périencéphalite (trouble de la mémoire et de la parole), ébauche de syndrome de sclérose en plaques (mouvement planant, tremblement intentionnel) pupilles paresseuses lymphocytes, 2,5 par millimètre cube, 0,40 d'albumine. Le grand-père était tabétique, son père était atteint de « myélite » (et son oncle mourut de paralysie générale).

Chorée et syphilis (361). Contrairement à Milian nous ne croyons pas que la chorée vulgaire soit syphilitique : la syphilis ne créerait qu'une prédisposition. Nous avons discuté les relations de la chorée et de la syphilis, citant deux malades qui ayant eu de la chorée dans l'enfance, en présentèrent à l' « occasion de leur grossesse et pourtant n'en souffrirent pas pendant leur période secondaire cependant traitée tardivement. »

Réflexes tendineux variables au début du tabès (avec Quellien, 387). Les réflexes variables de Babinski peuvent être un signe important de tabès débutant ou envahissant.

Tantôt le tabès est certain, le réflexe variable témoigne de la tendance à l'envahissement.

Tantôt à l'extrême début du tabès alors que les troubles pupillaires peuvent manquer, le réflexe variable peut être le seul signe du tabès menaçant et l'on conçoit son importance. Une syphilitique avérée venait consulter pour un mal perforant plantaire, on craignait le tabès, mais « on ne pouvait l'affirmer : réflexes rotuliens normaux, achilléens bizarres tantôt abolis au début de l'examen puis apparaissant après des percussions répétées; pupilles normales... », B. W. positif. « Ce mal perforant ne guérit que lentement et quelques mois plus tard la malade revint pour une rédicive du mal perforant : les achilléens étaient abolis, les pupilles étaient paresseuses ébauchant le signe d'Argyll. Quelques mois plus tard encore le signe d'Argyll se complétait et le tabès devint incontestable. »

Étude critique des traitements des syphilis nerveuses (345, 568). Indications des traitements mercuriels — des arsenicaux (discussions des techniques et des médicaments : tryparsamide, 190 ou stovarsol sodique). — Indication des bismuthiques, — iodures et iodiques, — discussion des injections intrarachidiennes.

Inefficacité de la malariathérapie préventive de syphilis nerveuse contrastant avec l'efficacité de la malaria sur la PGP chez le même malade (614). Contrairement à l'Ecole Viennoise nous ne croyons pas au pouvoir préventif de la malaria pour empêcher l'éclosion de la syphilis nerveuse.

Nous avons cité, avec d'autres auteurs, des observations de syphilitiques ayant attrapé la malaria en période secondaire, ayant réalisé spontanément, par une malaria souvent sévère et prolongée, la malariathérapie et qui pourtant eurent par la suite des syphilis nerveuses graves : P. G. P., tabès, et lors de notre présentation à la Société de Dermatologie tous nos collègues qui prirent la parole confirmèrent ces conclusions.

Nous avons surtout insisté sur un malade qui, malgré la malaria spontanée, eut une P. G. P. cliniquement certaine avec liquide céphalorachidien caractéristique. Or ce malade atteint de P. G. P. que n'avait pas empêchée la malaria, fut inoculé de malaria par le Professeur Claude et il guérit de sa P. G. P., guérison clinique et « céphalorachidienne » qui se maintient depuis juillet 1927. L'opposition est donc saisissante entre l'inefficacité de la malaria à prévenir la future P. G. P. et l'efficacité de la malaria pour « guérir » la P. G. P. constituée.

Nous tirions de ces faits des conclusions pratiques : — il n'est pas indiqué de faire systématiquement la malariathérapie chez tous les syphilitiques puisque l'action préventive n'est pas démontrée. — Il faut au contraire faire la pyrétothérapie aseptique de Sicard ou, en cas d'échec, la malariathérapie de Wagner von Jauregg dès qu'il y a un Bw irréductible ou une lésion nerveuse même naissante, si elle est rebelle aux traitements habituels.

SYPHILIS VISCÉRALES ÉVEILLÉES PAR UNE INFECTION AIGUË

Processus aigu mixte, puis processus chronique mixte ou syphilitique (608). Ces faits sont l'homologue de ceux décrits par Hutinel et Nadal dans l'hérédosyphilis. Nous résumions plusieurs observations :

— syphilis cérébroméningée, éveillée par une pneumonie avec atteinte cérébroméningée aiguë;

— syphilis broncho-pulmonaire chronique grave, éveillée par une broncho-pneumonie grippale aiguë;

— syphilis aortique avec angine de poitrine grave progressive, mettant la vie en danger, éveillée par une cardio-aortite rhumatismale aiguë;

— syphilis hépato-splénique (cirrhose hypertrophique), éveillée par un paludisme hépatique;

— syphilis rénale chronique éveillée par une néphrite aiguë scarlatineuse;

— syphilis thyroïdienne chronique éveillée par une thyroïdite aiguë suppurée au cours d'une angine aiguë;

— syphilis polyarticulaire chronique à tendance ankylosante (rhumatisme chronique déformant ankylosant), éveillé par un rhumatisme polyarticulaire aigu;

— syphilis osseuse chronique du tibia, éveillée par une périostite typhique subaiguë, etc.

L'infection aiguë éveille la syphilis jusque-là latente, souvent inconnue ou oubliée, et la fixe sur un organe que cette infection frappe avec prédilection; puis, après la phase aiguë, elle laisse un processus chronique, mixte au début, ou uniquement syphilitique. Le plus souvent, ce processus chronique a dû être mixte au début, mais plus tard il est uniquement syphilitique, car il guérit rapidement par le traitement antisyphilitique, alors que les troubles traînaient depuis des mois, rebelles au salicylate et aux traitements symptomatiques.

Tantôt c'est une « grande » infection qui réveille la syphilis acquise : pneumonie, grippe, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, scarlatine, etc.; une complication viscérale apparaît au cours ou au décours de cette maladie aiguë, eomplication qui n'étonne pas au premier abord, mais qui se prolonge et laisse un processus chronique.

Tantôt c'est une « petite » infection aiguë, une angine aiguë pultacée, une entérite, une grippe bénigne; mais apparaît une complication qui ne guérit pas, qui devient chronique, et l'on est frappé par le contraste entre le peu d'intensité, la courte durée, la bénignité de l'infection aiguë qui a déclenché le processus viscéral et l'intensité, la ténacité, la tendance à la chronicité, la gravité de la complication viscérale.

On peut observer toutes les localisations, et l'on peut noter tous les degrés depuis la syphilis cliniquement grave : angine de poitrine, syphilis broncho-pulmonaire, etc., jusqu'au seul Bordet-Wassermann (Milian).

Il faut bien connaître ces éveils viscéraux de la syphilis acquise, car leur aspect est trompeur; si l'on n'est pas prévenu, on a la tendance classique à tout rapporter à l'infection aiguë, rhumatismale par exemple, et à voir dans les lésions chroniques consécutives, une séquelle chronique de cette infection aiguë; on continue les traitements symptomatiques; on n'applique

pas le traitement antisyphilitique qui arrêterait le processus et souvent guérirait, sauvant des malades voués à des lésions graves.

Devant les séquelles des infections aiguës, il faut donc désormais toujours penser à un réveil d'une syphilis latente (héréditaire ou acquise), chercher systématiquement cette syphilis par la clinique et le Bordet-Wassermann, faire au moindre doute un traitement antisyphilitique d'épreuve répété et prolongé, car souvent ces syphilis viscérales, comportant des lésions scléreuses ou dégénératives, ne sont que lentement et incomplètement influencées par les cures antisyphilitiques.

Éveil d'une syphilis latente par le zona. **Apparition simultanée d'un zona thoracique gauche et d'une paralysie des VII, puis III, IV, VI nerfs gauches chez un tuberculeux syphilitique et tabétique** (607, avec Filliol et Merklen). En raison des localisations, de l'évolution progressive, nous croyons à un éveil d'une syphilis latente réactivée par l'infection aiguë qu'est le zona; peut-être au début existait-il des paralysies zonato-syphilitiques.... Cet exemple nous fait demander si les complications nerveuses graves centrales du zona : méningites et paralysies, etc., ne sont pas de ces éveils, des hybrides de zona et de syphilis.

SYPHILIS ET CANCER : (291, 628) : Gaucher et Sergent ont insisté sur la structure déjà métatypique des papillomes leucoplasiques, véritables états précancéreux, suivant l'expression si exacte de Ménétrier et la genèse de la plupart des cancers de la langue semble être : syphilis, leucoplasie, dégénérescence de la leucoplasie, cancer.

Nos observations confirment que la même pathogénie s'applique à la plupart des cancers des autres muqueuses pavimenteuses : lèvres, bouche, pharynx, larynx, muqueuse balano-préputiale, vulvaire, vaginale et col de l'utérus, nous avons même pu en donner la démonstration dans deux cas de cancer de l'œsophage.

« Le premier malade qui niait la syphilis était porteur de leucoplasie labiocommissurale; à l'autopsie nous avons trouvé sur le bord supérieur du cancer œsophagien une plaque nacrée qui, macroscopiquement et microscopiquement, était de la leucoplasie.

« Le second malade avouait avoir eu la syphilis dix-sept ans auparavant; il n'en présentait d'ailleurs aucun stigmate, en particulier il n'avait aucune plaque leucoplasique du buccopharynx : à l'autopsie, au-dessous de la masse cancéreuse, et distincte d'elle, nous découvrions une plaque nacrée allongée de 18 millimètres de long sur 10 millimètres de large qui, macroscopiquement et microscopiquement, était leucoplasique.

« Dans le premier cas il y a tout lieu de supposer que le cancer était né de la leucoplasie œsophagienne qui frangeait encore un de ses bords et de fait on pouvait suivre la transformation cancéreuse progressive de la lésion précancéreuse sur la même coupe; dans le deuxième cas il est légitime de penser, de même que pour les cancers de la langue, que l'épithéliome était né d'une plaque analogue à celle située au-dessous du cancer. »

De ces faits découlent des notions pratiques d'importance capitale pour la prophylaxie des cancers pavimenteux des muqueuses : surveillance prophylactique des muqueuses même par l'œsophagoscopie, dès qu'il existe le moindre soupçon; peut-être arriverait-on assez tôt pour détruire la plaque de leucoplasie qui dégénère.

SYPHILIS EXPÉRIMENTALE DANS SES RAPPORTS AVEC LA CLINIQUE (313, 381) : Compulsant les expériences de nos prédécesseurs apportant des faits confirmatifs ou nouveaux, nous étudions la question dans son ensemble; nous confirmions des doctrines discutées et nous arrivions à des conclusions nouvelles sur la marche de l'infection syphilitique et l'immunité :

— « Entre la superinfection et les réinfections, on observe toutes les transitions puisqu'il y a toute une gamme d'immunité décroissante. » (Finger, etc.) (313, p. 14.)

— Démonstration de l'état de sensibilisation chez les syphilitiques : chez le syphilitique, l'injection de toxines (Nicolas) ou de cultures (Noguchi) donne une vive réaction qui manque chez le *non* syphilitique; chez le syphilitique les embolies vasculaires de tréponèmes donnent des lésions secondaires alors que sur un individu sain l'inoculation du tréponème ne donne d'abord qu'un chancre local, et que les accidents généralisés cutanéomuqueux n'apparaissent que plus tard, précisément après sensibilisation, alors que pourtant dès les premiers jours du chancre, les tréponèmes passent dans le sang.

— Mélange de sensibilisation et d'immunité : « la réaction vive due à la sensibilisation est une réaction de défense qui cherche à détruire les parasites et cette destruction des parasites est témoin d'immunité » (nos schémas (381) ont été adoptés par Raoul Bernard dans son rapport de 1927).

— L'explosion secondaire est due à l'établissement de cette sensibilisation (p. 16).

— Les récidives sont dues pour une part à un retour ou recrudescence de l'état de sensibilisation.

— « Ce sont des *sensibilisations locales* qui expliquent certaine électivité dans les récidives, l'évolution si grave des parasyphilis. C'est peut-être la

« forme » de l'état de sensibilisation qui donne aux divers accidents syphilitiques leur aspect spécial secondaire, tertiaire, suivant l'âge de la syphilis » (p. 16).

— Différence de réaction du syphilitique à son propre virus (sensibilisation) et aux virus étrangers (immunité). Spécialisation du virus par sensibilisation.

HÉRÉDO-SYPHILIS

PATHOGÉNIE : Exceptions à la loi de la POLYLÉTHALITE DÉCROISSANTE **de A. Fournier** (345, 542). Avec des traitements insuffisants et d'une manière plus probante sans aucun traitement, nous avons suivi des familles où des avortements, des mort-nés alternaient avec des enfants survivants. Ce sont des *oscillations spontanées* du virus syphilitique de cause inconnue.

Hérédosyphilis D'ORIGINE PATERNELLE SANS CONTAMINATION DE LA MÈRE (345, 542). Ces faits ont été contestés; les auteurs soutiennent que la mère est toujours infectée et assurent que si les anciens croyaient à l'intégrité de la mère, c'est qu'ils n'avaient pas nos méthodes biologiques. Cependant, par exception, l'hérédosyphilis d'origine paternelle avec intégrité de la mère nous paraît exister.

Nous avons observé deux familles où le père et l'enfant étaient atteints de syphilis active, chez l'une le père avait un B. W. 100 fois positif (c'est-à-dire que dilué 100 fois plus que dans le B. W. classique il donnait encore un B. W. positif total à H°); chez l'autre le père avait un B. W. 40 fois positif, et les deux enfants avaient de l'hérédosyphilis en activité.

Or les deux mères étaient cliniquement indemnes et leur B. W. fait et refait plusieurs fois se montra toujours négatif même au Desmoulière.

HÉRÉDOSYPHILIS POST-TRAUMATIQUES (436). ÉVEIL D'HÉRÉDOSYPHILIS LATENTE PAR UN TRAUMATISME. Pendant la guerre il nous a été donné d'en recueillir de nombreux cas avec P. Clara, frappant tous les tissus et surtout les *os*; tantôt formes graves ulcérant la peau, tantôt formes bénignes : simples périostoses douloureuses que seule révèle la radiographie et que guérit le traitement antisyphilitique.

DYSTROPHIES CUTANÉES (345) : Nos observations ont confirmé ceux qui soutiennent la nature souvent hérédosyphilitique de mainte dystrophie

cutanée, ichthyose, prurigo infantile, xéroderma pigmentosum (498 et voir p. 131) et nævi (363, 485, 544 et voir p. 133).

DIAGNOSTIC : Pemphigus palmoplantaire non syphilitique (345). On peut observer chez des nouveau-nés, en dehors de toute syphilis, des bulles à liquide clair et des petites bulles *sèches* sans liquide, de 1 à 3 millimètres. La preuve de leur origine non syphilitique est affirmée par — l'absence de syphilis chez les parents, chez les autres enfants et B. W. négatifs des parents — l'absence de tout autre signe d'hérédosyphilis chez le bébé atteint de ce pemphigus — absence de tréponème dans ce pemphigus et B. W. négatif — évolution ne révélant jamais la syphilis chez cet enfant.

Hybrides hérédosyphilitiques et tuberculeux. Plusieurs fois (345) nous avons suivi de tels hybrides notamment des hydarthroses syphilo-tuberculeuses du genou, le traitement arsenical prolongé amenait une demi-guérison, mais on avait beau continuer les cures arsenicales en les alternant avec le bismuth et le mercure, le B. W. était depuis longtemps négatif et cependant l'hydarthrose récidivait, une fois le liquide de ponction a tuberculisé le cobaye.

Ozène : L'ozène nous paraît être dans beaucoup de cas une infection anaérobie sur terrain hérédosyphilitique (ou syphilitique acquis) et ainsi s'expliquent les inégalités de traitement et la nécessité d'associer un traitement anti-anaérobie au traitement antisyphilitique.

Hérédosyphilis sans stigmates (261). Une hérédosyphilis en activité peut évoluer sans aucune dystrophie : nous avons vu avec E. Gaucher une toute jeune fille atteinte de gomme ulcérée du voile du palais qui semblait un modèle de peintre italien tant elle était parfaitement belle; elle n'avait pas le moindre stigmate. L'absence de « signes » d'hérédosyphilis ne doit donc pas faire rejeter ce diagnostic.

TRAITEMENT DE L'HÉRÉDOSYPHILIS : TRAITEMENT *avant* ET *pendant* LA GROSSESSE (345, 569). « Un traitement antisyphilitique est nécessaire si le ou les procréateurs ne sont pas parfaitement guéris, si leur B. W., par exemple, n'est pas complètement négatif. La non guérison parfaite du père indique le traitement de la mère, même si celle-ci paraît indemne. Mais si les deux procréateurs paraissent guéris, si la femme ne paraît jamais avoir été atteinte, la question est difficile à résoudre en l'absence de critère absolu de guérison; en effet, il existe des syphilis latentes qui ne se traduisent par aucun signe clinique, ni sérologique, même après réactivation, et cependant les grossesses donnent des macérés ou des mort-nés,

j'en ai cité plusieurs exemples. Si l'on ne traite pas de telles malades sur la foi de leur Bordet-Wassermann négatif, on aura tort. Mais, d'autre part, si l'on traite des femmes qui n'en ont pas besoin, on les expose sans raison à des risques rares mais réels d'accidents arsenicaux. »

« L'expérience nous incite à faire le traitement dans les trois cas suivants, même si le B. W. de la mère est négatif :

« — Syphilitiques guéris, mais B. W. négatif depuis moins de quatre ans.

« — Femme hérédosyphilitique présentant des dystrophies, surtout s'il y a déjà eu transmission héréditaire de ces dystrophies.

« — Grossesses ayant déjà donné des avortements, des mort-nés ou des enfants dystrophiques. »

Puis nous discutions les indications des arsenicaux, bismuthiques, mercuriels confirmant avec la plupart des auteurs la supériorité incontestable des arsénobenzènes mais soulignant trois faits (345, 503, 569, 570) :

— les arsénobenzènes doivent être maniés avec la plus grande prudence pendant la grossesse, car la femme enceinte paraît plus fragile; sur 9000 malades de notre service de Saint-Antoine, le seul cas de mort (par encéphalite arsénobenzolique aiguë) le fut chez une hérédosyphilitique enceinte.

— les arsénobenzènes peuvent en injections veineuses donner par exception une crise nitritoïde utéroplacentaire (503) amenant l'expulsion d'enfant *vivant.* « Je préviens donc la malade, lui donnant à choisir entre les injections veineuses indolentes mais pouvant provoquer l'avortement et les injections musculaires douloureuses mais donnant le maximum de sécurité, et je conseille ces dernières. Si la malade préfère les veineuses, je les essaie, mais à la moindre intolérance, je refuse de les continuer. »

— les arsénobenzènes sont, chez certaines malades exceptionnelles demi-arséno-résistantes, inférieurs aux bismuthiques; nous avons, par exemple, publié l'observation d'une malade qui eut « 5 fausses-couches malgré des traitements mercuriels, puis 2 fausses-couches, un mort-né, un enfant mourant à quinze jours malgré des traitements de 5 à 6 grammes de 914, et dont le B. W. était positif. Traité par le bismuth, le B. W. devint négatif et la grossesse donna un enfant vivant et survivant. »

TRAITEMENT DE L'ENFANT *après* LA NAISSANCE (345, 570).

Nous nous rangeons parmi ceux qui identifient les traitements de la syphilis acquise et de l'hérédosyphilis; il suffit de calculer les doses d'après le poids de l'enfant (et non d'après l'âge); les indications et contre-indications sont les mêmes que chez l'adulte : en particulier l'état du foie domine d'ordinaire toute la discussion de la tolérance aux arsenicaux.

Le traitement « de guérison » doit être suivi de traitement de consolidation et d'une surveillance périodique comme chez l'adulte (345);

L'enfant atteint de syphilis latente doit être traité longuement;

L'enfant atteint d'hérédosyphilis dystrophique doit être traité, car « il est le plus souvent impossible de distinguer l'hérédosyphilis » virulente de l'hérédosyphilis dystrophique sans tréponèmes et n'y a-t-il pas, même dans l'hérédosyphilis dystrophique, une imprégnation toxinique justiciable du traitement? En pratique, il faut faire le traitement d'épreuve, et on sera souvent étonné des améliorations obtenues

Le traitement préventif des enfants « indemnes » est nécessaire.

Nos observations confirment l'utilité de l'opothérapie pluriglandulaire (Hutinel) : « le traitement, même arsenical, donné seul, restait manifestement insuffisant; dès qu'on ajoute l'opothérapie, l'arsenic agit sur les signes cliniques (surtout sur le développement de l'enfant) et sur le B. W. »

Pronostic et avenir de l'hérédosyphilitique (345). Nous nous sommes attaché à préciser cette question peu étudiée et si importante en pratique.

— *Le risque est le même que dans la syphilis acquise*; l'hérédosyphilitique est « menacé de voir reparaître l'infection jusque dans l'âge adulte et il peut être atteint de terribles localisations nerveuses et parasyphilitiques : folies, paralysies générale, juvénile, etc., s'il n'est pas surveillé et longuement traité.... »

— *L'hérédosyphilitique « guéri » peut contracter une syphilis acquise* (Gaucher et Rostaine, 222).

Nos observations montrent que la guérison de l'hérédosyphilis n'a pas besoin d'être absolue pour permettre une *superinfection* (321).

Nos observations montrent que « cette syphilis acquise paraît souvent « *moins grave* que les syphilis acquises frappant un terrain neuf, sans doute parce que l'hérédosyphilis a laissé un reste d'immunité, insuffisant pour empêcher une nouvelle inoculation, mais suffisant pour atténuer la nouvelle infection. Exceptionnellement, au contraire, l'hérédosyphilis a sensibilisé l'organisme et aggravé la nouvelle infection. »

— L'hérédosyphilitique peut contaminer son conjoint et transmettre non seulement des dystrophies, mais une syphilis virulente à ses descendants (Fournier, Gaucher, etc.); nous en avons cité un exemple sur deux générations (407).

— « Les hérédosyphilitiques seront soumis aux mêmes conditions de mariage que les syphilitiques acquis; si l'infection est éteinte, en particulier si leur B. W. est devenu négatif, s'ils n'ont pas de dystrophies

empêchant la procréation et la grossesse, s'ils n'ont pas de tares transmissibles, ils peuvent se marier. Ils seront soumis aux mêmes règles que les syphilitiques acquis.

« Entre autres choses j'ai été frappé depuis 1906 par la fréquence des fausses-couches, pour les premières grossesses, dans les ménages d'hérédosyphilitiques, pourtant bien constitués en apparence, indemnes de syphilis en activité et avec B. W. négatif. Certains de ces procréateurs n'avaient jamais eu de syphilis visible étant enfants. Il a suffi de les soumettre au traitement antisyphilitique pour obtenir des grossesses normales. »

RÉACTION DE BORDET-WASSERMANN

Partisan dès le début du B. W., nous avons consacré à cette réaction de nombreux travaux, sur sa valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique (236, 241, 344, 345, 349, 534, 539, 540, 542, 552).

Critiques de la valeur des méthodes. Étudiant parallèlement depuis de longues années les divers perfectionnements du B. W. en les confrontant avec la technique classique de B. W., nous concluions (avec la conférence de Copenhague) :

— que le B. W. classique est « plus sensible que n'importe laquelle des réactions de floculations »;

— que les B. W. Hecht perfectionnés par Levaditi, Latapie, Weinberg et Mutermilch ou par Ronchèse ont donné « un nombre de résultats positifs plus élevé » que les autres techniques;

— que le B.W. Desmoulières avec l'antigène cholestériné nous paraît le plus sensible et, le pratiquant depuis une quinzaine d'années, nous nous élevons contre l'accusation d'être trop sensible, c'est-à-dire d'indiquer la syphilis là où elle n'existerait pas. Avec Peyre nous avons résumé ces faits dans un travail : valeur diagnostique de la réaction de Desmoulières (552). « Les statistiques de notre service de Saint-Antoine confirment que le Wassermann-Desmoulières est la plus sensible des réactions de Wassermann, mais qu'il n'est pas trop sensible, car souvent le Desmoulières est négatif dans des syphilis tertiaires, car nous ne l'avons pas vu positif en dehors de la syphilis, enfin et surtout il devient négatif sous l'influence du traitement, ce qui est la preuve que le Desmoulières positif avait de la valeur chez ces malades.

— qu'il faut employer parallèlement plusieurs antigènes;

— que les réactions de floculations Sachs Georgi, Meinicke, Vernes, etc., ont une « infériorité incontestable » (suivant l'expression de la conférence de Copenhague) sur le B.W. classique (540 et 345, etc.), et nous en faisions une critique détaillée comparative, notamment à propos de la difficulté de lire les résultats et de l'embarras du praticien devant les variations des critères.

Techniques actuelles les meilleures. Cette longue critique (540, 345) nous amenait à la conclusion que les meilleures garanties sont actuellement données par une « triade », c'est-à-dire par « trois techniques employées parallèlement pour un même sérum. (En effet, il n'existe pas une technique idéale de séro-réaction qu'il suffirait d'employer seule); il faut multiplier les techniques, afin de réduire les causes d'erreur :

— « 1° Technique classique de Wassermann-Neisser-Brück, c'est-à-dire au sérum chauffé avec trois antigènes différents (antigène belge de Bordet-Ruehlens, antigène américain de Noguchi, antigène de foie hérédosyphilitique);

— « 2° Technique de Bordet-Wassermann-Desmoulières avec l'antigène cholestériné;

— « 3° Technique de Bordet-Wassermann-Hecht (c'est-à-dire au sérum frais) perfectionné par Levaditi, Latapie, Mutermilch, ou par Ronchèse, avec détermination de l'index hémolytique par le procédé de Weinberg et avec trois antigènes différents. Ces perfectionnements sont indispensables, afin d'éviter les causes d'erreur du Hecht primitif, tantôt trop riche, tantôt trop pauvre en complément naturel ou en hémolysine naturelle.

« On réclamera dans les réactions incomplètes le dosage avec l'échelle colorimétrique de Jeanselme et Vernes, allant de 0 positif à 8 négatif. »

Discussion diagnostique des résultats des B.W. et de leurs interprétations (236, 344, 345, 349). A plusieurs reprises nous avons fait l'exposé critique de cette grave question.

Nos observations (345, p. 658) corrigent certaines données : les sérums cholémiques, lactescents (lipémiques), les sérums de paludéens surtout après épreuve de la quinine (p. 662), de lépreux (p. 663) ne donnent pas de fausses réactions positives si l'on fait abstraction des B.W. douteux (H[e]).

Nous faisions une étude critique détaillée des B.W. négatifs (345, p. 661) et des B.W. positifs (345, p. 662); avec Milian nous croyons que les réactions positives au *décours* des infections aiguës ont de la valeur, si elles persistent après la fin de l'infection. L'infection aiguë a réveillé une syphilis latente (345, p. 662).

Nos statistiques confirment les données antérieures et précisent des points

de détails sur la valeur diagnostique des B.W. suivant les diverses périodes de la syphilis acquise et de l'hérédosyphilis (345).

Elles étudient des cas exceptionnels d'**imperfection** ou **paradoxes du B.W.** (539 et 542) en syphilis primaire (W. retardés, 344, 349), secondaire (W. négatifs de certains arsénorésistants, 534), tertiaire, dans la syphilis héréditaire et familiale, dans les syphilis latentes, syphilis et mariage, syphilis, procréation et grossesse, en thérapeutique.

Oscillations du B.W. Nous avons fait de ces oscillations incompréhensibles plusieurs études :

« Poussées paradoxales de B.W. positifs au cours de traitements intensifs » (1924, 539) et « oscillations positives de B.W. chez des malades ayant un B.W. négatif au cours des traitements antisyphilitiques » (1926, 591 avec Peyre),

Réactions de B.W. irréductiblement positives malgré des cures intensives avec des oscillations de réactions négatives de causes inconnues (1926, 587 avec Peyre).

Réactions de B.W. tantôt négatives, tantôt positives oscillantes à longues périodes (durant chacune plusieurs mois), malgré la continuation du traitement (588 avec Peyre).

Ces oscillations sont indépendantes de telle ou telle cure, puisque les mêmes cures ne donnent pas les mêmes effets; ce sont des variations inexpliquées dans la virulence de l'infection et dans la résistance de l'organisme.

Thérapeutique antisyphilitique et Réaction de B. W. A plusieurs reprises nous avons étudié cette question autrefois si discutée (236, 241, 345); l'accord s'est fait aujourd'hui... et il n'y a rien à changer à nos conclusions de 1911.

Avec Parent (241), nous avons résumé en 1911 une longue étude critique des auteurs et des statistiques en France et à l'Étranger, l'exposé des faits et des opinions après chaque série de traitements mercuriels, iodurés, arsenicaux, seuls ou associés, et nous discutions tour à tour les questions suivantes :

— 1° Doit-on se guider sur les résultats du B.W. pour continuer ou suspendre le traitement? Un B.W. positif indique le traitement mais le B.W. négatif n'est qu'un symptôme et l'on doit tenir compte pour la direction du traitement de tous les autres signes évolutifs, si bien que souvent, même avec un B.W. négatif, on continue le traitement périodique;

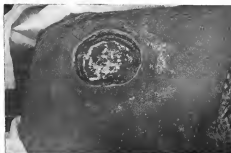
— 2° Le B.W. permet-il de juger l'efficacité d'une méthode thérapeutique? Doit-on se guider sur lui pour choisir telle ou telle méthode? On ne peut se fier au B.W. seul. Là encore il n'est qu'un symptôme important, mais qu'il faut joindre à d'autres;

— 3° Le B.W. peut-il servir de critérium au traitement abortif? Aucunement et en l'état actuel de la science il faut continuer le traitement pendant plusieurs années (nous avons montré par la suite qu'il en était de même pour les traitements prophylactiques, 524).

Enfin il y a de nombreux paradoxes : W. irréductibles, W. à poussées positives au cours de traitements antisyphilitiques intensifs (539 et 542), etc.

SYPHILIS POST-TRAUMATIQUES

Avec Clara (436, 583, 600) nous avons étudié en détail cette question si importante par ses conséquences pratiques et médicolégales. Les syphilis post-traumatiques étaient contestées, nos observations de guerre se sont ajoutées aux preuves déjà accumulées pour en démontrer l'existence :



Syphilis post-traumatique : gomme sous-cutanée ulcérée encore remplie de son bourbillon.

La syphilis *héréditaire* aussi bien que la syphilis *acquise* peut être éveillée par un trauma;

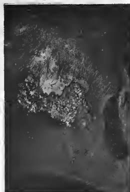
Des traumas *faibles* répétés peuvent localiser la syphilis latente aussi bien qu'un *grand trauma*; une *morsure de chien* peut localiser une gomme (600).

La syphilis post-traumatique peut atteindre *tous les tissus* et y revêtir *toutes les formes de la syphilis tertiaire* : hypoderme, derme, muscles et surtout les os : gommes fermées (583) et ulcérées (436), périostites (436), etc.

Les *viscères* ne sont pas indemnes : un de nos malades après fracture de côtes eut des soi-disant abcès froids costaux fistulisés, puis une soi-disant tuberculose pulmonaire avec fièvre, hémoptysies, cachexie..., il guérit en 27 jours de lésions datant de 26 mois (436).

Un autre blessé vit apparaître l'aortite avec angine de poitrine immédiatement après le trauma.

La syphilis gommeuse peut éclore *à distance* de la blessure : un de nos



Syphilis post-traumatique ulcéreuse, dermique, serpigineuse du cuir chevelu.



Syphilis gommeuse ulcéreuse post-opératoire de l'urètre et de la peau.

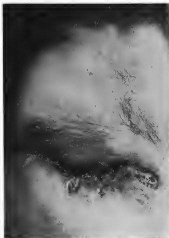
blessés a une blessure à la face externe du genou gauche le 7 octobre 1916 qui se cicatrise normalement, mais à la fin d'octobre apparaît au tiers supérieur et externe de la cuisse gauche une gomme musculaire largement ulcérée.

La syphilis peut se réveiller dans le foyer traumatisé *longtemps après le trauma* : chez un de nos blessés atteint de fracture du tibia, la syphilis gommeuse ulcéreuse apparaît dans la cicatrice plus d'un an après la blessure et quatre mois après la cicatrisation.

Il faut en rapprocher les *syphilis greffées sur plaie opératoire*. Chez un de nos blessés un rétrécissement urétral succède à une contusion du périnée à la suite d'un ensevelissement par explosion d'obus le 25 septembre 1915. Ayant résisté à quatre urétrotomies internes, on fait une urétrotomie

externe le 2 juillet 1917. Or, après cette opération, se développe une ulcération syphilitique tertiaire typique qui se cicatrise en 29 jours par des injections fessières de biiodure de mercure.

Le diagnostic est souvent très difficile, même lorsque l'on pense à la syphilis et nous avons signalé des ulcérations syphiloïdes authentiques ou



Syphilis post-traumatique osseuse (costale) et pulmonaire grave (simulant une phtisie tuberculeuse) datant de vingt-six mois, guérie en vingt-sept jours.



Ulcération provoquée simulant une gomme syphilitique ulcéreuse de la jambe.

simulées (384, 388, 436, 455). Un B.W. négatif ne suffit pas à rejeter le diagnostic et il faut tenter le traitement d'épreuve.

Le **traitement d'épreuve** est un signe excellent, mais nous en montrions les difficultés d'interprétation; l'on pourrait croire à son inefficacité, si l'on ne se souvenait pas que dans les syphilis traumatiques l'action du traitement peut être ralentie par plusieurs facteurs :

— Gros bourbillons ou séquestres osseux (parfois invisibles à la radiographie) et qu'il faudra enlever chirurgicalement, d'où la règle qu'en cas de guérison traînante il faut chercher les séquestres.

— Infection secondaire par les pyogènes, d'où la nécessité des antiseptiques locaux (384, chap. xxv) des vaccins et sérums antistreptococciques, anti-anaérobies, etc.

— Troubles trophiques vasculaires et nerveux diminuant la vitalité des tissus et le pouvoir de cicatrisation, d'où les pansements stimulants, boues radioactives, poudre de sérum, goudron, physiothérapie, gymnastique, etc., circonvallations, greffes, etc.; ingestion de citrate de soude, etc.

— Tissu cicatriciel environnant ou sous-jacent formant bloc diffus, d'où l'utilité de la radiothérapie antiscléreuse remaniante.

Enfin nous résumions les conséquences médicolégales au point de vue des responsabilités civiles et de la loi sur les accidents du travail (345, p. 600, 602).

Syphilides gommeuses consécutives a des injections médicamenteuses (489, 523) — gommes ulcéreuses de la fesse après injections de benzoate dans les nodules de résorption du benzoate, rebelles depuis 5 mois, guérissant par le 914 en une vingtaine de jours (523);

— gommes ulcéreuses apparaissant « dans les piqûres de morphine de la cuisse évoluant depuis 7 ans guéris en 15 jours par le 914 » (523);

— gomme ulcérée après injection sous-cutanée de caféine (avec Filliol, 601);

— « sarcoïdes », en réalité infiltrat gommeux non ulcéreux consécutif à des injections de paraffine dans le sein (489, avec Desaux).

Le traumatisme d'une injection médicamenteuse et même d'un antisyphilitique « peut donc localiser au point traumatisé une syphilis latente qui continuera son évolution plusieurs années après la cessation des injections. Il faudra donc discuter le diagnostic de syphilis post-traumatique devant toute lésion consécutive à une piqûre qui tend à persister et à progresser et faire le traitement d'épreuve. »

TRAITEMENTS ANTISYPHYLITIQUES

ARSÉNOTHÉRAPIE : Mise au point (345, 513, 533). Revue des médicaments, indications et contre-indications, discussion des voies veineuses et musculaires, étude critique des techniques.

ACCIDENTS DE L'ARSÉNOTHÉRAPIE : étude critique (345, 564), clinique et surtout pathogénique afin d'établir un traitement préventif et

curatif de ces accidents en les classant en cinq séries et afin d'essayer de prévoir l'intolérance par le diagnostic des intolérants.

1er groupe : accidents de choc. Nous avons décrit des formes rares de **crises nitritoïdes viscérales** (503).

— *Hématémèses* (avec Gaucher et Meaux Saint-Marc, 1913, 312) deux heures après l'injection.

— Crise thoracique avec dyspnée intense et *œdème aigu* du poumon.

— Crise nitritoïde *utéro-placentaire* « causant l'avortement, dans les deux observations lamentables que j'ai publiées (503). Les preuves en sont indiscutables : coexistence de crise nitritoïde banale céphalique, légère ou intense, en même temps qu'apparaissent les premiers symptômes utérins; sensation de chaleur abdominale, contractions utérines immédiates et petites hémorragies, évolution clinique rapide, expulsion d'enfant vivant bien constitué, ce qui est la preuve que l'avortement n'est pas dû à l'expulsion d'un fœtus mort macéré » (Merklen, Wolf et Neel ont observé un cas semblable).

— Crise *rénale hématurique* avec ou sans lumbalgie.

— Crises *radiculalgiques* (lorsque la crise congestive frappe surtout les racines postérieures), *paralytiques* (lorsque la crise congestive inhibe les régions antérieures). Ces phénomènes douloureux ou paralytiques peuvent être généralisés aux quatre membres ou localisés; paralysie sans douleur, ou avec douleurs sciatiques intenses. Ils durent de cinq à quarante-huit heures.

— Crise *articulaire pseudo-rhumatismale* avec douleurs intenses, avec ou sans épanchement articulaire, mono ou plus souvent polyarticulaires durant 1 à 4 jours.

Traitement des accidents précoces de l'arsenic par l'éosinate de césium (598). Avec Peyre et Bertillon nous avons appliqué à la clinique les recherches expérimentales de Pierre Girard et Peyre sur le pouvoir antichoc de l'éosinate de césium. Dans le traitement des chocs arsenicaux, des urticaires, etc., nous avons obtenu des résultats intéressants : la technique est simple; on dissout le 914 dans 5 à 20 centimètres cubes de la solution aqueuse à 6 p. 100 ou mieux à 10 p. 100 d'éosinate de césium et on injecte dans la veine suivant la technique habituelle. Les seuls inconvénients sont le prix élevé du produit et la difficulté de préparer un bon éosinate de césium, un produit imparfait est inactif et peut être même dangereux.

Il faut proportionner la dose d'éosinate à la dose du 914 injecté et surtout à l'intolérance du sujet.

Contre la crise nitritoïde et les accidents arsenicaux des premières heures l'action protectrice est manifeste, supprimant tous les signes ou les atténuant considérablement; cependant nous avons eu un échec total.

Traitement. Au point de vue pathogénique et thérapeutique nous avons concilié les pathogénies au lieu de les opposer, et nous avons préconisé, parmi les premiers, la *transfusion du sang* dans les accidents graves de l'encéphalite arsenicale aiguë.

2e groupe : ACCIDENTS TOXIQUES PRÉCOCES. Délire passager à la suite d'une injection intraveineuse de 0,30 de 606 (avec Gaucher et Thibaut, 232).

Peut-être doit-on leur rattacher, en même temps que l'action coagulante de l'arsénobenzène, l'embolie pulmonaire chez deux malades après injection fessière ou sous-scapulaire — et les thromboses veineuses d'un membre inférieur chez deux malades après injection sous-scapulaire de 606 (aspect de phlegmatia alba dolens) (avec Gaucher et Guggenheim, 213 et 252).

3e groupe : ACCIDENTS TOXIQUES DES PREMIERS JOURS. A côté des érythèmes toxi-infectieux déclenchés par l'arsenic si bien étudiés par Milian et qui permettent de continuer la cure arsenicale puisqu'ils ne sont pas toxiques, il existe des érythèmes précoces toxiques non toxi-infectieux (345, p. 122), qui doivent faire arrêter les injections arsenicales.

« Il serait désirable de diagnostiquer parmi ces érythèmes précoces, les toxiques arsenicaux et les infectieux; malheureusement ce diagnostic est difficile; les érythèmes toxiques sont plus précoces que les toxi-infectieux, semblant apparaître vers le deuxième, troisième, quatrième jour (mais en raison de la répétition des injections arsenicales deux fois par semaine au début de la cure, il est difficile de préciser quelle injection a déclenché l'érythème). Ils sont plus du type érythème pointillé, plus prurigineux et se rapprochent plus de l'eczéma ou de l'urticaire, que les érythèmes toxi-infectieux, mais entre ces érythèmes toxiques et un érythème infectieux rubéoliforme le diagnostic est souvent impossible.

« Il est dangereux dans l'érythème toxique de poursuivre le traitement arsenical, car dans deux cas, nous avons vu après sédation du premier érythème, apparaître une érythrodermie grave. Par exemple notre malade 2162, atteinte de roséole, reçoit 0,15, de 914 le 23 octobre, 0,30 le 26 octobre, 0,45 le 30 octobre. Un érythème arsenical apparaît le 31 octobre; érythème scarlatiniforme fébrile, etc. L'éruption ayant disparu le 6 novembre on refait 0,45, mais cette dose déclenchant une crise nitritoïde paraplégique douloureuse des membres inférieurs, sans éruption, on abaisse les doses, et on fait 0,30 de sulfardénol le 9 novembre et 0,42 le 13 novembre (elle a reçu à ce moment 2 gr. 07). Le 14 novembre commence une érythrodermie arsenicale grave avec œdème qui durera plusieurs semaines.

« Aussi depuis ces cas malheureux, même devant un érythème précoce,

croyons-nous plus prudent de ne pas continuer l'arsenic s'il n'y a pas d'indication impérieuse de faire l'arsenic et nous préférons le bismuth. »

4e groupe : Viscérorecidives (345, 478, 615) : Après une étude critique des travaux publics, nos efforts ont cherché à retenir ce que contenait d'axact chacune des théories opposées des partisans de la pathogénie arsenicale et partisans de la récidive.

« Il faut faire intervenir les deux facteurs : — toxicité de l'arsenic et — infection syphilitique, mais une infection modifiée dans sa nature et confinée dans le repaire méningé. L'arsenic a fragilisé le tissu nerveux, permettant aux tréponèmes restés dans les méninges de se localiser sur ce tissu nerveux (récidive des syphilis sur névrite arsenicale latente); mais cette récidive, au lieu d'être cutanéo-muqueuse et banale, c'est-à-dire du type secondaire (superficiel), prend un aspect spécial grave et a une localisation nerveuse spéciale, parce que la syphilis a été modifiée, tertiarisée par l'arsenic.... »

D'après nous, « toutes les contradictions (thérapeutiques) qui sont indiscutables s'éclairent si l'on admet la pathogénie mixte que nous soutenons depuis plusieurs années : Les résultats opposés de l'arsénothérapie dans le traitement des accidents tardifs s'expliquent précisément parce qu'il y a à la fois lésions toxiques et récidive d'une syphilis spéciale. Si les lésions toxiques prédominent, l'arsénothérapie aggravera les lésions. Si la syphilis est grave et très résistante, l'arsénothérapie reste inefficace ou aggravera les lésions, car il faudra employer des hautes doses qui léseront des tissus déjà paralysés et intoxiqués. Si les lésions sont constituées, par exemple s'il y a déjà section ou dégénérescence profonde des fibres nerveuses, l'arsenic restera inefficace ou aggravera les lésions en intoxiquant les fibres en voie de dégénérescence, etc. Au contraire, si l'élément syphilis prédomine et si les tissus n'ont que des lésions toxiques assez légères pour supporter les nouvelles doses d'arsenic, l'arsénothérapie guérira les accidents. L'idéal serait de pouvoir faire la part des lésions toxiques et syphilitiques afin de faire ou non de l'arsenic, malheureusement ce départ est bien malaisé à faire en pratique, d'où l'angoisse du thérapeute. »

« La même pathogénie mixte et les mêmes sanctions thérapeutiques s'appliquent aux autres accidents viscéraux tardifs : hépatite, néphrite, etc. »

5e groupe : Accidents de saturation et anaphylaxie tardive (345). Nous avons fait leur étude critique distinguant ceux qui, à la rigueur, permettent la continuation du traitement (areflexie) et ceux qui imposent l'arrêt du traitement (prurit, purpura).

Nous avons en particulier souligné l'importance du *prurit avertisseur*, et vulgarisé la règle qu'on doit cesser l'arsenic dès qu'il y a prurit même sans lésions visibles et insisté pour que l'on interroge systématiquement les sujets avant chaque injection. Nous avons cité des cas où malgré l'arrêt immédiat de l'arsenic, dès le prurit, avant l'apparition de lésions visibles, l'érythrodermie évolua intense et grave.

Nous avons sérié les stades cliniques insistant sur l'érythème à petits éléments : *pointillé arsenical* du début.

A propos de la pathogénie de ces érythrodermies, nous avons montré avec Blamoutier le rôle du foie et de l'anaphylaxie (500).

Au point de vue thérapeutique les meilleurs résultats nous paraissent être obtenus par la méthode belge de l'autohémothérapie et nous avons été parmi les premiers à préconiser la transfusion du sang dans les cas graves (345, p. 132).

Récidives de syphilis viscérales cutanées, muqueuses, sérologiques peu de temps après une érythrodermie arsenicale (491). Enfin nous avons détruit la légende que l'érythrodermique était guéri de sa syphilis : nos observations de récidive de syphilis viscérales (parfois graves : névrites optiques, faciales, acoustiques, etc.), cutanées (éruptions papuleuses) et muqueuses (plaques muqueuses, donc contagieuses), sérologiques, peu de temps après une érythrodermie exfoliante post-arsénobenzolique, ont démontré que l'érythrodermique peut avoir une récidive précoce ou lointaine et doit être surveillé et traité comme tout syphilitique.

Polysensibilisation alimentaire eczématigène après intoxication arsénobenzolique (573). « Le prurit et des poussées d'eczéma peuvent persister ou reparaître pendant des mois et des années, parfois très pénibles, à la suite de la reprise de l'arsenic ou d'un autre médicament ou après la simple ingestion d'un aliment que les malades toléraient parfaitement autrefois; c'est que ces malades restent des polysensibilisés. »

SYPHILIS ARSÉNORÉSISTANTES : Nous demandons que l'on distingue les *vrais arsénorésistants* (qui ont des accidents rebelles pendant la cure arsenicale) et les *arsénorécidivants* (qui guérissent de leurs accidents par les arsenicaux, mais récidivent peu après la cure arsenicale) et nous avons individualisé les demi-arsénorésistants (528).

« Sous le nom de syphilis demi-arsénorésistantes nous désignons depuis plusieurs années des syphilis qui ne guérissent que très lentement ou incomplètement par les arsenicaux, cette lenteur contrastant avec la rapide guérison habituelle de la plupart des syphilides par la cure arsénobenzolique,

Cette action incomplète de l'arsenic est trompeuse, on est entraîné à continuer l'arsenic puisqu'il commence à agir, mais les accidents traînent. On est amené à augmenter les doses puisque les doses habituelles sont insuffisantes, mais on risque les accidents toxiques et même avec cette persévérance le résultat reste insuffisant.

« Il faut donc bien connaître les syphilis « demi-arsénorésistantes » pour ne pas s'en laisser imposer par la « demi-action » de l'arsenic, il faut abandonner les arsenicaux et faire dès que possible du bismuth, dont l'action presque toujours rapide contraste avec la lenteur de l'arsenic.

« On peut observer tous les degrés, toutes les variétés possibles de syphilis demi-arsénorésistantes : S. cutanées (notamment éruptions papuleuses au cours ou peu après un traitement par le 914); S. muqueuses (plaques muqueuses traînantes récidivantes); S. viscérales (tabès douloureux, céphalée, angine de poitrine, etc.); S. gravidiques; séro-réactions rebelles à l'arsenic. On peut même rencontrer de ces demi-arsénorésistances dans les traitements prophylactiques. »

Syphilis arséno résistante conjugale : virus spécialisé (512, avec Géray).

Dans cette observation il est curieux de voir la syphilis avoir la même évolution, présenter le même aspect clinique chez les deux époux et sembler d'abord guérir : les chancres se cicatrisent par les arsénobenzènes, mais avant la fin de la deuxième cure on voit réapparaître, malgré l'arsenic, chez tous deux, des syphilides papulosquameuses psoriasiformes, *sans* roséole.

A propos de ce cas nous étudiions la pathogénie des arsénorésistances et discutions la question des virus spéciaux ou spécialisés :

Une première preuve que le plus souvent le virus n'est pas spécial dès le chancre c'est que l'arsénorésistance secondaire est la moins rare : les tréponèmes « d'abord sensibles à l'arsenic, s'y accoutument et lui résistent (Ehrlich) ou s'adaptent aux anticorps immunisants fabriqués par le malade (Widal) ».

Une deuxième preuve est donnée par les cas de transition entre les arsénorésistants « primitifs » et « secondaires » : — un de nos malades « guéri par l'arsenic puis non traité et négligent, est devenu arsénorésistant secondaire et a donné à sa maîtresse une syphilis d'emblée arsénorésistante ».

On admet d'ordinaire des traitements trop faibles, doses trop faibles, arrêts trop longs...; mais combien de malades aussi mal traités ne deviennent jamais arsénorésistants et notre malade 2066 qui est devenue arsénorésistante 20 jours après la fin d'une cure de 6 grammes de 914 montant à 0,75 (cure qui avait guéri sa céphalée et négativé son B. W.), dès la reprise

de la deuxième cure de 914, prouve que ce n'est pas toujours insuffisance du traitement.

Il faut admettre des causes complexes souvent associées pour des raisons encore obscures : — des « spécialisations progressives du virus par passage de malade à malade, — des races plus vigoureux de tréponèmes, — des fautes dans l'arsénothérapie permettant au germe de lutter, — des troubles humoraux et défauts d'élaboratoin des anticorps, etc. » .

B. W. des arsénorésistants (534). Avec Fernet et Peyre, nous montrions que chez les arsénorésistants le B. W. est tantôt positif H^o, tantôt positif partiel H^4, tantôt dissocié (H^8 au W. classique, H^o au Hecht), tantôt négatif sans que l'on puisse déduire une constante. Il faut retenir qu'exceptionnellement une syphilis secondaire en activité arsénorésistante peut avoir un B. W. négatif.

Syphilis arsénorécidivante et arsénorésistante avec exacerbation de l'éruption a chaque injection d'arsenic : **réaction de résistance**. guérison rapide par le bismuth (538).

Avec P. Fernet nous avons suivi une malade nº 2066 dont l'histoire est invraisemblable tant elle accumule d'illogismes :

— ayant contracté la syphilis secondaire en 1913, traitée par le 914 et ayant abandonné le traitement en 1915, elle a au début de 1923 de la céphalée avec Argyll et B. W. positif. Elle reçoit du 2 octobre au 27 novembre 1923 0,15 à 0,75 de 914 totalisant 6 grammes; elle guérit de sa céphalée sans réaction d'Herxheimer et le B. W. devient négatif;

— le 18 décembre elle recommence une deuxième série de 914, 0,15 à 0,75.

Or (premier étonnement) du 21 au 26 décembre apparaît sans raison, sans superinfection, une éruption généralisée de syphilides papulosquameuses (donc arsénorécidivantes) et qui résistent au 914 (donc arsénorésistantes), alors qu'elles s'arrêtèrent dès la deuxième injection de bismuth et guérirent très rapidement.

Deuxième étonnement, et c'est là la nouveauté de cette observation, chacune des quatre injections arsenicales non seulement est inefficace, mais provoque l'exacerbation des papules : et nous discutions la pathogénie de cette réaction nouvelle différente de la réaction d'Herxheimer, car celle-ci n'est que passagère et suivie de régression, tandis que la réaction de résistance, une fois la poussée déclenchée, persiste sans diminuer, et d'ailleurs la même malade, en guérissant par le bismuth, n'eut pas la moindre ébauche de réaction d'Herxheimer.

Troisième étonnement, le B. W. reste négatif même au Desmoulières, pen-

dant cette récidive, pendant son accroissement, pendant sa guérison par le bismuth, il ne deviendra positif dissocié que le 10 juin 1924, quelques mois après la guérison.

BISMUTHOTHÉRAPIE : Dès les premiers travaux de Sazerac et Levadité, nous avons confirmé leurs résultats (510, 533, 545), vulgarisé la nouvelle méthode, concluant aux cures plurimédicamenteuses, étudiant les accidents, précisant les indications et contrindications (surtout la tuberculose), dressant les tableaux comparatifs des produits en teneur de bismuth métal.

Avec Peyre nous avons étudié un chapitre nouveau des accidents bismuthiques : **anaphylaxie et sensibilisation au bismuth** (623 et voir p. 125).

Réinfection syphilitique après un traitement bismuthique (1923, 517, avec Pierre Fernet). Ce cas est le premier, croyons-nous, de réinfection après traitement bismuthique; la première syphilis était incontestable avec éruption secondaire et B. W. positif (juin 1922); le malade est traité uniquement par le bismuth (3 grammes de trépol). Il a en avril 1923 un chancre induré typique avec ganglion classique, constatation des tréponèmes à l'ultra-microscope, B. W. d'abord négatif puis devenant positif. C'est la preuve de la réelle efficacité du bismuth.

TRAITEMENTS MERCURIELS : Malgré les progrès de l'arsénothérapie et de la bismuthérapie, et leur efficacité supérieure à celle du mercure, le mercure reste un médicament utile et nous avons autrefois et récemment encore (345, 560) précisé les indications (syphilis cérébrales, oculaires, aortiques, hépatiques, viscérorécidives, traitement de consolidation, etc.) et contre-indications d'après les accidents, et nous avons détaillé les techniques actuelles les meilleures.

ACCIDENTS DES INJECTIONS MUSCULAIRES ANTISYPHILITIQUES (555). Recueillant des observations surtout hospitalières, nous décrivions : — les *variétés profondes* et *superficielles* de *l'hématome*; — *l'hématome suppuré*; — les *nécroses médicamenteuses* (du cyanure surtout) avec leur évolution « fixée » durant des mois, restant ulcérées jusqu'à ablation du bloc nécrosé; — les *œdèmes énormes anaphylactiques* au point d'injection; — la *myosite scléreuse avec ou sans kystes*; — les *sarcoïdes par corps étrangers*; — les *syphilides ulcéreuses post-traumatiques développées au point d'injection.*

Nous distinguions les abcès aseptiques fébriles, les abcès septiques chauds aigus à marche rapide, les abcès froids chroniques apyrétiques.

Nous communiquions l'observation inédite anonyme transmise par un de nos confrères provinciaux de septicémie mortelle.

Nous essayions de chercher les causes afin d'indiquer un traitement prophylactique.

Traitement chirurgical de la gangrène massive par injection artérielle de bismuth (593, avec Jean Quénu).

A propos de cette observation malheureuse, nous sérions par gravité croissante ces accidents et nous ajoutions aux formes déjà décrites une forme de gangrène massive frappant non seulement le derme et l'hypoderme, mais les muscles.

On sait l'évolution très douloureuse de ces gangrènes, l'extrême lenteur de l'élimination et de cicatrisation. Pour hâter cette guérison, nous proposions avec Jean Quénu l'ablation en masse du bloc nécrosé dès qu'il est possible sous anesthésie générale, et suture en drainant.

TRAITEMENTS MIXTES (345, 513, 520) : Dès le début du 606, 1914, dans nos présentations de malades (345 et *Journal de Praticiens*, 31 janvier 1914) nous avons insisté sur la nécessité des traitements mixtes. Nous répétions : « Le mercure doit être associé aux arsenieaux dans tous les cas où cette combinaison n'est pas contre-indiquée, etc. »

Dès que le bismuth apparut, nous avons conseillé la même association (923, 513, p. 119).

Mais nous insistions sur la nécessité de la tolérance : « à condition que ce mercure ajouté ne fasse pas diminuer les doses d'arsenic; à condition que l'addition du bismuth n'entraîne pas à diminuer les doses d'arsénobenzène ».

COMPARAISON DES ARSENICAUX BISMUTHIQUES ET MERCURIELS : CURES PLURIMÉDICAMENTEUSES (536, 345) : La comparaison des arsenicaux, bismuth, mercure, dans le traitement de la syphilis est une question de la plus grande importance pratique, mais qui soulève des discussions non encore tranchées.

Les uns cherchent dans cette comparaison à déterminer le meilleur médicament et c'est ainsi que quelques syphiligraphes adoptent le bismuth comme médicament de choix et n'emploient plus les arsenicaux et le mercure que dans des cas exceptionnels.

Les autres, opportunistes et éclectiques, dont nous sommes, n'ayant pas trouvé dans cette comparaison le médicament idéal pouvant se substituer à tous les autres, continuent d'user des trois médicaments cherchant à préciser les meilleures indications de chacun.

Nous avons fait une longue comparaison des trois médicaments en étu-

diant tous les critères : « détermination de la dose toxique expérimentale, dose stérilisante expérimentale; absorption; élimination; intolérance; accidents et dangers; efficacité en clinique humaine; action sur la séro-réaction de Bordet-Wassermann; stabilité des résultats et récidives; guérison prouvée par les réinfections » en laissant à la clinique humaine le soin de conclure et en faisant intervenir au second plan les commodités de traitement pour le malade et le médecin.

De ces comparaisons il ressort que sans aucun doute l'arsenic est plus actif que le bismuth et celui-ci plus puissant que le mercure, mais que l'arsenic, moins toxique expérimentalement, l'est plus que le bismuth et le mercure en clinique humaine.

« La conclusion qui en découle est la nécessité des *cures plurimédicamenteuses*; les cures plurimédicamenteuses ont le quadruple avantage : — d'allier toutes les qualités des antisyphilitiques — de réaliser le traitement maximum — de varier les attaques afin d'éviter l'aeeoutumance des tréponèmes et la création de races de tréponèmes arséno ou bismuthorésistants; — d'agir sur les virus déjà résistants ou en voie de le devenir », et nous étudiions les divers modes d'associations plurimédicamenteuses en résumant une fois de plus les règles générales du traitement des syphilitiques.

POLYINTOLÉRANCES AUX ANTISYPHILITIQUES : syphilitiques polyintolérants au mercure, arsenic, bismuth (575).

De ces cas heureusement rares, mais de grande importance pratique, nous avons fait une étude détaillée. Toutes les associations d'intolérance et toutes les formes symptomatiques peuvent être observées; les unes sont précoces, les autres tardives.

Les unes sont « totales » pour un groupe de médicaments (arsenic le plus souvent), les autres sont « partielles » (surtout pour les mercuriels et les bismuth) et il faut profiter de ees dissociations afin de continuer les cures avec les médicaments tolérés.

Les causes de cette polyintoléranee échappent, mais l'étude pathogénique montre que la plupart des accidents relèvent de l'anaphylaxie (choc, érythrodermie, etc.), quelques-uns de la saturation (névrites), ou de lésions hépatiques (purpura).

Nous en déduisions les conséquenees pratiques, pronostiques et thérapeutiques : abaisser les doses, employer les préparations voisines, désensibiliser par des doses eroissantes très faibles, ete.

On eonçoit que le traitement devienne difficile, se réduisant à un seul des trois médieaments et quelles craintes suscitent de tels malades, car on peut

redouter chez eux des intolérances nouvelles aux rares médicaments jusqu'alors tolérés, qui empêcheraient tout traitement actif de leur syphilis.

PROTÉINODIAGNOSTIC, PROTÉINOPRONOSTOC ET PROTÉINOTHÉRAPIE DE LA SYPHILIS (586) : Avec E. Peyre nous avons étudié dans deux mémoires cette importante question en rappelant les travaux antérieurs, surtout ceux de Dujardin et Decamp sur l'allergie et l'anallergie dans la syphilis, sur les coallergies. On sait que Dujardin et Decamp dépistent ces états en injectant dans le derme 2/10 de centimètre de sérum de cheval en profitant de ces coallergies.

Nos observations prises en séries sur différentes catégories de malades semblent confirmer Dujardin et Decamp, mais il faut attendre de nombreuses observations et de longues années, cependant nous avons cité des exceptions : des porteurs de gommes qui devaient être allergiques étaient anallergiques.

On aurait par cette épreuve (ou par l'injection peut-être plus précise de toxines syphilitiques) la possibilité de reconnaître le syphilitique allergique qui se défend bien, du syphilitique anallergique qui se défend mal. On ferait donc chaque année, ou dès qu'il y a doute, cette épreuve chez tout syphilitique, de même qu'on le surveille cliniquement et sérologiquement (protéinopronostic).

Dès que l'on a reconnu le syphilitique latent anallergique qui se défend mal, on cherche à le rendre allergique par la protéinothérapie : injection dermique de sérum tous les 8 jours (ou mieux encore peut-être injections de toxines ou vaccins de tréponèmes).

Enfin quand on sera devant une syphilis rebelle, on devra s'aider de la protéinothérapie, sans cesser les médications classiques et nous avons résumé des observations heureuses, notamment la guérison en 15 jours de gommes ulcérées rebelles, mais les échecs sont plus nombreux que les succès et sans qu'on découvre les raisons de ces insuccès.

DIVISION DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS EN TROIS PÉRIODES (345, 536, 585, 589, 590) : I. Traitement d'attaque. II. Traitement de consolidation. III. Traitement d'assurance contre la maladie.

Depuis de longues années nous insistons sur la division en trois périodes du traitement de la syphilis :

I. — **Traitements d'attaque** (345, 590) pour faire disparaître les accidents cliniques et humoraux (séroréaction de B.W., troubles du liquide céphalo-rachidien) quelle que soit la période de la syphilis, qu'elle soit récente ou ancienne; mais il faut graduer l'intensité de ces traitements

d'après la résistance et la tolérance de chaque malade : le même traitement ne peut en effet s'appliquer à un jeune homme sans tares organiques atteint de chancre et à un tabétique dont les reins et le foie sont insuffisants. Nous détaillions les modalités et règles de ce traitement d'attaque en insistant sur les cures plurimédicamenteuses.

Ce traitement doit être continué au delà de la disparition de tous les accidents cliniques et humoraux et dure en moyenne un an.

II. — **Traitement de consolidation** afin de « consolider » la guérison obtenue par le traitement précédent. Ce traitement de consolidation est à notre avis, indispensable pour éviter la récidive, tant que nous ne posséderons pas de critères de la guérison complète de la syphilis.

Ce traitement de consolidation durera au moins deux à quatre ans.

III. — **Traitement « d'assurance contre la maladie »**. — Ce traitement me paraît plus prudent en raison de l'impossibilité de prévoir les récidives lointaines. Mais alors que le traitement de consolidation est admis par la plupart des médecins français, l'utilité du traitement d'assurance contre la maladie est discutée.

Nous le poursuivrons mais de plus en plus atténué et avec des espacements de plus en plus grands pendant quinze à vingt ans.

SURVEILLANCE ET TRAITEMENT DES SYPHILITIQUES LATENTS SECONDAIRES ET TERTIAIRES. Nous avons traité à maintes reprises (345, 585, 589, 604, 612) cette question qui est capitale pour le pronostic du syphilitique et pour la prophylaxie de la syphilis conjugale et de l'hérédo-syphilis. En effet, si les syphilitiques étaient surveillés et traités longuement, les sources de contagion s'éteindraient et la syphilis disparaîtrait. Au contraire le syphilitique abandonné sans traitement et sans surveillance est dangereux pour lui-même, son entourage, sa descendance.

Nous avons donc étudié le problème en détail, précisant les causes des récidives précoces et lointaines : « résistances » thérapeutiques, infections aiguës, traumas et surtout traitements insuffisants quel que soit le mode de cette insuffisance, et nous discutions les critères de guérison cliniques, sanguins, céphalorachidiens, évolutifs, avouant qu'aucun de ces critères n'est absolu.

De cette étude critique nous déduisions les conclusions suivantes : — la surveillance doit être périodique, clinique, sanguine et si besoin « céphalorachidienne »; — le « traitement de consolidation » puis « le traitement d'assurance contre la maladie » doivent être poursuivis, même en l'absence de tout accident, même si la séroréaction est négative, car on a vu des

récidives se produire avec une séroréaction négative, et nous détaillions les règles et modalités de cette surveillance et de ces traitements signalant les difficultés : poussées paradoxales de B.W.; B.W. irréductibles, etc.

LA SYPHILIS GUÉRIT-ELLE? DISCUSSION DES CRITÈRES DE GUÉRISON (345, 620) : La syphilis guérit-elle complètement et définitivement? La question a été longuement discutée. « La guérison est, croyons-nous, la règle chez les malades bien traités et systématiquement surveillés, et il ne faut pas juger de cette question avec les documents des anciens traitements mercuriels et iodurés.

« Les preuves de la guérison pratique de la syphilis sont multiples :

— « Absence d'accidents pendant une longue série d'années.

— « Intégrité des humeurs : Bordet-Wassermann négatif dans le sang et liquide céphalorachidien normal.

— « Absence de contagion familiale; grossesses normales à placenta normal, et enfants normaux ne présentant jamais d'accidents, ayant toujours un Bordet-Wassermann négatif.

— « Réinfections qui sont indiscutables.

« Mais peut-on affirmer à tel malade la guérison absolue? Non, car malheureusement aucun de ces critères ne peut donner une certitude : on sait trop que l'on peut avoir une récidive syphilitique, par exemple une gomme osseuse, avec un Bordet-Wassermann négatif et sans aucun autre signe de syphilis. Même la réinfection ne prouve pas que la première syphilis est complètement guérie; en effet, des hérédosyphilitiques incomplètement guéris peuvent contracter un chancre, et chez les syphilitiques acquis, il est toutes les transitions entre la réinfection et la superinfection.

« La preuve que nos critères sont imparfaits, c'est que nous voyons par exception des syphilitiques réalisant tous les critères ci-dessus, mais ayant cessé de se traiter, avoir une récidive ou procréer des hérédosyphilitiques (Noiré, etc.).

« En réalité parmi des milliers de malades bien traités pendant les premières années, existe de temps en temps une exception de récidive ou de transmission d'hérédosyphilis. Or, comme nous ne pouvons pas, faute de critère absolu, affirmer à tel malade qu'il ne sera pas plus tard cette exception, nous ne pouvons parler que de guérison pratique, je veux dire par là que les malades bien traités ont toutes les chances d'échapper aux récidives précoces ou lointaines et que tout au moins ces récidives exceptionnelles seront bénignes, vite enrayées par un diagnostic hâtif. En raison de ces exceptions, on ne peut pas promettre la guérison « absolue » « définitive »,

dispensant le malade de traitement de consolidation et de surveillance médicale. Tel malade, qui a suivi nos conseils et qui nous consulte sur cette question de la guérison de la syphilis a les plus grandes chances d'être dans les milliers qui sont complètement guéris; mais notre devoir est de le surveiller comme s'il était l'exception.

« Il faut donc répéter que :

— « Sauf exception, la syphilis traitée par nos procédés modernes guérit complètement.

— « Cette exception est si rare qu'elle ne doit empêcher ni le mariage ni le procréation.

— « Le risque couru est plus minime que la plupart des autres risques de la vie (accidents, etc.).

— « Cette récidive si exceptionnelle sera dépistée dès son début, grâce à la surveillance périodique, donc sera facile à guérir.

« En un mot le syphilitique bien traité et surveillé doit se rassurer sur son avenir et sur celui de sa famille. »

VÉNÉRÉOLOGIE

CHANCRE MOU (253)

Aspects cliniques nouveaux du chancre mou (1912, 253, 282). — Nous signalions les modifications du « genie épidémique » du chancre mou si bien que les faits ne répondent plus aux descriptions classiques de Balzer, etc.

Contraste entre la bénignité habituelle, la courte durée, souvent la petitesse du chancre mou et la gravité relative de l'adénite : la suppuration du bubon est presque la règle, l'adénite s'aggrave progressivement, suppure et souvent s'ulcère alors que le chancre mou reste bénin et tend même à guérir.

Le chancre mou souvent est guéri ou finit de se cicatriser quand l'adénite apparaît.

Un chancre mou bénin rapidement guéri peut donner une adénite extrêmement grave qui devient phagédénique et nous en avons publié 2 cas, dont l'un (Moulage 74, 2664), finit par mourir de septicémie.

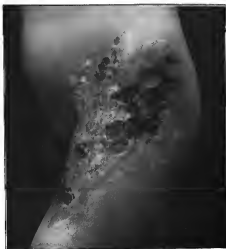
Forme nouvelle: chancre mou ecthymateux croûteux (1927, 622).

Chancre mixte de Rollet (1912, 282). — Nous confirmions la fréquence à Paris des chancres mixtes; nous discutions et essayions de préciser les signes cliniques de *diagnostic* : induration de la base, bourrelet induré non ulcéré, chancre bipartite (une partie indurée reste non ulcérée ou simplement exulcérée) phimosis inflammatoire. Nous montrions que le trépomène doit être cherché non pas dans le pus dont les polynucléaires le lysent, mais dans la sérosité de grattage de la *paroi*.

Bubon chancrelleux **sans** chancre porte d'entrée (1914,350; 1915,374). — Nos observations ont démontré ces bubons sans chancrelle. — 1° par toute une série d'observations cliniques de transition : chancres mous petits, nains, fugaces — 2° par les preuves bactériologiques révélant, en frottis et en cultures, le bacille de Ducrey dans ces adénites — 3° par l'évolution et la confrontation des dates.

Chancrellosyphilis sans chancre mixte porte d'entrée (1921, 495), (voir page 163).

Bubons chancrelleux tardifs (1914, 370). — Souvent la chancrelle est guérie lorsque l'adénite apparaît et elle s'aggrave malgré que le chancre mou reste guéri. Parfois il y a *entr'acte* de plusieurs semaines entre la fin du chancre mou et le début du bubon (370).



Phagédénisme du chancre mou dû au Bacille de Ducrey, présent dans la lésion. Le point de départ a été un bubon ganglionnaire chancrelleux apparu au moment où les chancres mous de la verge se cicatrisaient. Le phagédénisme persista plus de cinq ans après la guérison des chancres et le malade mourut de septicémie.

Cette évolution en deux temps explique, avec la fréquence des chancres mixtes, « le *double aspect* suivant si souvent rencontré : le malade a aux organes génitaux un chancre syphilitique induré typique, mais les ganglions chauds rouges douloureux suppurés sont ceux d'un chancre mou. C'est que le chancre mou a existé au début et a guéri (1er stade), puis les ganglions ont été infectés par le bacille de Ducrey, d'où le bubon suppuré. Mais pendant que le chancre mou guérissait, le chancre syphilitique dont l'incubation est de 20 à 30 jours apparaissait, au lieu de la chancrelle guérie.

Ces faits prouvent « que le bacille de Ducrey peut sommeiller pendant des semaines dans les ganglions sans y provoquer de lésions » et nous avons montré par la ponction des ganglions « cliniquement sains » que dans la plupart des chancres mous les ganglions devaient être parasités » (375).... Tantôt le bacille y est détruit, tantôt il provoque une adénite tardive; tantôt, après avoir donné une première adénite, il peut reprendre une activité quelques semaines plus tard déterminant une *adénite à répétition*. Le bacille de Ducrey peut donc être un *saprophyte latent* des ganglions comme l'a montré Marcel Labbé pour d'autres bactéries. De tous ces faits il faut conclure que les porteurs de chancres mous doivent être surveillés plus longtemps qu'il n'est coutume de le faire.

Bubons chancrelleux chroniques (1914-350; 1914-375). — Ces faits nouveaux ont toutes les preuves cliniques et bactériologiques : preuves positives; — constatations repétées du bacille de Ducrey des mois après le début de l'adénite — preuves négatives éliminant la syphilis, les mycoses et surtout la tuberculose par l'inoculation négative au cobaye.

Nous décrivions les formes cliniques suivantes :

— *forme fistuleuse chronique tuberculoïde*,

— *forme chronique, froide, indurée, non fistuleuse, non ulcéreuse, tuberculoïde.*

— *forme fibreuse éléphantiasique* : autour des fistules la peau forme un large blindage dur où sont fusionnés derme et hypoderme, parcouru de sillons rétractés.

— *Lymphangite nodulaire de la verge* due au bacille de Ducrey : transformation des abcès en nodules indurés et en abcès fibreux chroniques (étude clinique et histologique, avec Gaucher et Meaux Saint-Marc : 1912, 279; 1913,319).

— *forme ulcéreuse* et *forme phagédénique* (1912, 282),

Non averti, on risquerait de méconnaître la nature chancrelleuse de ces adénites chroniques et de croire à la tuberculose, d'où des erreurs graves de pronostic et de thérapeutique. Il faut donc dans des cas semblables s'acharner à chercher le bacille de Ducrey souvent rare et difficile à découvrir.

Bubon chancrelleux aigu : **forme aiguë phlegmoneuse fébrile de l'adénite** (1923, 514, avec Paul Blum). — Cette forme ne paraît pas avoir été décrite : « le bubon avait l'aspect d'un adénophlegmon aigu avec rougeur érysipélateuse de la peau et l'état général était profondément affecté : fièvre à 40°, etc. »

La preuve qu'il s'agissait du virus chancrelleux et non d'une surinfection c'est que « le pus renfermait du bacille de Ducrey a l'état de pureté à *longues chaînettes* sans microbes associés, notamment sans streptocoques. »

Il est à signaler que ce bubon aigu semblait *primitif*, *sans* chancrelle porte

d'entrée; en réalité c'était « un bubon tardif, car le malade avait eu, quatre mois auparavant, trois chancres mous guéris depuis plus de trois mois; dans l'intervalle il n'avait pas noté de « grosseur » persistante dans l'aine; il y a donc eu un entr'acte de plus de trois mois entre la guérison des chancrelles et le début du bubon aigu ».

La guérison fut rapide en 4 jours par les bouillons vaccins de Pierre Delbet sans laisser de séquelles et à ce propos nous insistions sur ce traitement trop peu connu des vénéréologues et qui peut rendre tant de services.

Sensibilisation et désensibilisation chancrelleuses. — **Ses conséquences pratiques** (514). — En nous appuyant sur les travaux précédents, nous soulignions plusieurs points importants de la chancrelle : — saprophytisme ganglionnaire prolongé; — exaltation du virus, et surtout — sensibilisation de l'organisme qui explique que l'adénite apparaisse tardivement et avec intensité, même aiguë si la sensibilisation reste intense; — enfin désensibilisation par les vaccins de Delbet, les seuls alors employés (et actuellement par les vaccins antichancrelleux de Nicolle).

Nous en déduisions les conclusions pratiques : — se méfier du saprophytisme et des adénites tardives et éduquer les malades « afin qu'ils s'observent et viennent consulter à la moindre alerte ».

— essayer de dépister ce saprophytisme par la ponction des ganglions.

— « désensibiliser systématiquement les chancrelleux par injections d'autovaccins ou d'hétérovaccins, ou de vaccin de Delbet.

Il est « plus pratique d'observer les malades et, à la moindre menace, de les traiter en les désensibilisant notamment par les vaccins de Pierre Delbet » (aujourd'hui nous ajouterions : ou par les vaccins antichancrelleux).

Saprophytisme cutanéo-muqueux et ganglionnaire du bacille de Ducrey (375, 414). Ce saprophytisme est démontré par les faits suivants :

— Des malades voient apparaître leur chancrelle 15 à 120 jours après le coït.

— Des malades ont des récidives « inexpliquées » et nous avons retrouvé des observations de chancres mous des « maris et femmes fidèles » signalés par Gaucher; notamment dans un ménage le mari .avait des chancrelles à répétition alors que sa femme était cliniquement indemne; mais elle avait en frottis et en cultures du bacille de Durvey saprophyte dans la vulve.

— Des sujets sans risques nouveaux présentent après guérison dûment constatée une récidive 15, 21, 40 jours après la cicatrisation des chancrelles.

Tous ces faits ne peuvent s'expliquer que par le saprophytisme du bacille de Ducrey.

Le saprophytisme ganglionnaire explique aussi les bubons chancrelleux tardifs des « amants fidèles ».

Le bacille de Ducrey n'a pas encore été vu sur lame chez des individus « sains » sans aucune lésion, mais « bactériologiquement (414) il m'a été donné de voir des bacilles de Ducrey certains, autant qu'on peut l'affirmer morphologiquement, chez des malades atteints de lésions non chancrelleuses : plaques muqueuses, balanites érosives circinées, vieilles gouttes uréturales; et chez deux de ces malades atteints de balanite et de goutte militaire, nous vîmes, un mois après, évoluer des adénites inguinales suppurées à bacille de Ducrey. »



BLENNORRAGIE

Kératoses blennorragiques cloutées : **Forme disséminée** aux plantes, paumes, doigts et orteils, face postérieure des coudes, face externe des bras et bord antérieur des aisselles, donc aux *points de frottement*. Guérison rapide par l'ingestion d'*urotropine* (avec Meaux St-Marc 1912, 301).

Keratose gonococcique « cloutée » et circinée révélant une blennorragie méconnue (1917, 393 avec Clara).

Confirmant les recherches si remarquables de Chauffard et Noël Fiessinger, « l'étude en série des éléments nous incite à croire que l'élément naissant est une sorte de vésicule sèche à couvercle épais; c'est une lésion toxi-infectieuse *locale* gonococcique; c'est une sorte de *pyodermite sèche hyperkératosique* produite par les gonocoques présents dans la lésion.... »

Épidermites verruqueuses papuleuses en nappe des organes génitaux chez les blennorragiques (1919, 445, avec Clara). — La lésion a deux configurations : ce sont tantôt des petites papules de 2 à 6 millimètres, tantôt des nappes diffuses de plusieurs centimètres d'étendue peu saillantes, de teinte gris sale, à surface plate mais finement grenue, la saillie ne dépassant pas un demi à un millimètre. Les bords sont tantôt nettement et brusquement arrêtés, tantôt « progressifs ».

Cette épidermite diffère des kératoses cloutées blennorragiques de Jacquet-Chauffard, des lésions lichénifiées de Brocq et Léon Bernard. « En raison de la coïncidence de la blennorragie, de la localisation, de la prédominance sur le gland, sur le prépuce et sur le scrotum, là où repose le gland, de l'aspect des

lésions et de la comparaison, avec les épidermites verruqueuses strepto-staphylococciques, nous croyons que ce sont des épidermites verruqueuses dues aux gonocoques. »

VÉGÉTATIONS VÉNÉRIENNES

Traitement par le formol (1925, 554). — Le formol liquide pur est appliqué chaque jour jusqu'à apparition d'une douleur qui témoigne d'une fissure de séparation entre « mort et le vif ». On excise au ciseau la partie morte et insensible de la végétation, on panse avec une pommade résorcinée à 1/10 et si, après chute de l'escharre, il reste de la végétation, on recommence le formol.

PROPHYLAXIE ANTIVÉNÉRIENNE

Depuis 1910 nous nous sommes consacré à cette passionnante question : rapporteur dans les Congrès, chef de centre pendant la guerre, secrétaire général de la Société française de prophylaxie et de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, membre de la commission de prophylaxie au ministère de l'Hygiène, etc.

ÉTUDES D'ENSEMBLE : Rapport au Congrès de Londres d'août 1913 (avec Gaucher, 335). Rapport au Congrès interallié 1919 constituant un *programme complet* de Lutte antivénérienne avec tracts de propagande, etc. (447). Articles de propagande auprès des médecins et hygiénistes (345, 399, 406, 532). *Leçons au cours supérieur d'hygiène* du Professeur Léon Bernard à la Faculté de Médecine de Paris et au cours d'Hygiène de la Société des Nations (556), etc. Partout et toujours nous insistions sur la nécessité d'allier tous les moyens de lutte, de confier cette lutte par secteur à un médecin spécialiste et d'y réaliser l'unité d'action.

I. **ORGANISATION DU TRAITEMENT :** CONSULTATION « A DEUX DEGRÉS »(345, 399, 405, 432, 447, 527) : Depuis longtemps nous préconisions ce système qui est le seul à permettre la discrétion indispensable; en effet, les vénériens entrent par la même porte et attendent dans la même salle que les autres malades, ils sont d'abord vus par un médecin qui fait le triage (1er degré) et les envoie chez les divers spécialistes (2e degré). Ils n'ont donc plus crainte de se dénoncer en allant dans un service connu de tous pour être un dispensaire antivénérien. Nous avons souligné les multiples avantages de la consultation à deux degrés et en particulier de réfréner les abus des faux indigents, par conséquent de faire des médecins praticiens les alliés du dispensaire.

Cette consultation à deux degrés n'est qu'une partie des polydispensaires de Sicard de Plauzoles qui est la forme d'avenir des consultations et nous avons proposé un **plan de réorganisation des hôpitaux et consultations** suivant cette formule (527).

Traitement rural des syphilitiques (431, 447). Notre rapport a été adopté par le ministère; il proposait d'utiliser les deux organismes déjà existants : — les services annexes des villes voisines, la loi d'assistance médicale départementale gratuite, etc.; on peut perfectionner encore, par exemple en utilisant la « défense départementale contre la dépopulation par l'assistance à domicile, » etc. (511).

Organisation des centres militaires régionaux, nous détaillions l'organisation des centres et des sous-centres, leur fonctionnement, leur action en milieu civil, la propagande dans les divers milieux : coloniaux, ouvriers, etc. (405, 420, 422).

Éducation du malade. Si le malade écoutait les conseils du médecin, il guérirait rapidement, les contagions n'existeraient plus et la syphilis s'éteindrait; c'est dire l'importance de l'éducation des malades qui est trop souvent négligée : dès le début nous n'avons cessé d'essayer de remédier à cette lacune (345, 518).

— en faisant imprimer et en vulgarisant des tracts (429, 447, 345), calendriers de traitement (466, 345) dont nous soulignions les avantages;

— en préconisant les assistantes d'hygiène sociale non seulement à l'intérieur du dispensaire et des salles d'hospitalisation, mais encore au dehors afin d'attirer à la consultation les contaminateurs ou contaminés, les autres personnes d'une famille syphilitique, les malades qui négligent leur traitement (526, 551).

— en détaillant le programme de cette éducation du vénérien (345, 392) : conseils de prophylaxie, code sanitaire du syphilitique marié avant la procréation, pendant la grossesse, après l'accouchement (allaitement, nourrice), recommandation du *testament médical*, etc., etc.

II. — LUTTE CONTRE LA PROSTITUTION,
contre ses dangers (345, 411, 434, 447, 529, 559) **et contre ses causes** (345, 411, 434, 447, 484, 529).

D'abord abolitionniste (335), nous sommes devenu néoréglementariste, devant l'impossibilité d'appliquer actuellement l'abolitionnisme et devant ses dangers que la guerre nous a révélés; nous avons donc proposé une néoréglementation détaillée dans laquelle tout est subordonné au contrôle médical et au relèvement de la prostituée (434, 529) :

— empêcher autant que possible la prostituée d'occasion de devenir une prostituée habituelle par l'intervention des œuvres de relèvement à tous les moments possibles avant l'inscription, pendant les contrôles médicaux;

— légaliser la surveillance de la prostitution par une loi instituant une commission et un tribunal spéciaux;

— faciliter le contrôle médical par la division des prostituées en deux catégories : les dociles qui auront toutes les libertés possibles, les indociles qui seront soumises à l'ancien système. Les dociles, c'est-à-dire celles qui écoutent le médecin et ne font pas de scandale dans la rue, pourront choisir leur médecin sur une liste de médecins agréés dressée par les syndicats et sociétés médicales, etc.

Enfin nous avons discuté longuement les objections faites à la surveillance médicale (434).

III. — SYPHILIS ET MARIAGE

Conditions de mariage des syphilitiques et des hérédosyphilitiques (345). Code sanitaire du syphilitique marié (345), testament médical (345), prophylaxie et traitement avant et pendant la grossesse, après la naissance (345).

Discussion des questions d'allaitement (345) : un enfant contagieux ou suspect peut être allaité par une nourrice ou par sa mère saine en usant de l'artifice de l'aspiration du lait que l'enfant tétera dans un biberon. Discussion des exceptions à la loi de Colles-Baumes : hérédosyphilis paternelle sans contamination de la mère ou guérison de la mère sans guérison de l'enfant permettant la superinfection de la mère (345), etc.

Certificat médical prématrimonial (519, 345, 556). Partisan depuis l'avant-guerre de l'examen médical avant le mariage, nous avons étudié en détails cette question capitale : mode d'examens qui peuvent être très discrets, rédaction du certificat, réfutation détaillée des objections, exemples de l'étranger et notamment de Vienne, etc.

IV. — DÉLITS CIVIL ET PÉNAL

Nous avons étudié en détails ces deux questions montrant les difficultés d'application du délit pénal qui pratiquement empêcheraient les sanctions efficaces (345, p. 698).

V. — TRAITEMENTS PROPHYLACTIQUES avant LE CHANCRE

Antisepsie locale de Roux-Metchnikoff.

On sait depuis les magistrales études de Roux-Metchnikoff l'importance capitale **de la désinfection locale dans les trois premières heures par les applications locales antiseptiques de pommade au calomel ;**

Nous avons avec P. Duret essayé pendant la guerre de perfectionner la formule de Roux-Metchnikoff en remplaçant la vaseline par la lanoline, afin d'avoir un excipient non minéral qui favorise la pénétration du calomel, et en remplaçant le calomel ordinaire par un nouveau calomel : *calomel léger*. Ce calomel léger a en effet l'avantage de pénétrer plus rapidement et de se dissocier.

Nous avons étudié l'expérience de l'armée américaine en France et nous avons tenté de vulgariser cette méthode en l'adaptant à la mentalité française, et en essayant les principaux systèmes : cabinet de toilette de la prostituée ou de la maison de prostitution, cabine prophylactique, nécessaires de poche. De cette comparaison ressortait avec évidence que le procédé le plus pratique était le petit nécessaire de poche aussi petit qu'une boîte d'allumettes.

Traitement général arsenical. Les applications locales de pommade au calomel, n'ayant chance de réussir que dans les trois premières heures, il faut avoir recours aux traitements généraux au delà de ces premières heures ou même dès le début après action locale de la pommade au calomel lorsque le risque est certain. Nous avons été parmi les premiers à préconiser les injections veineuses (ou musculaires) d'arsénobenzènes (p. 17 de la deuxième édition du Traitement de la syphilis, 345).

« Malgré ces succès expérimentaux et cliniques, on compte quelques échecs et, presque toujours, dans les cas que nous avons étudiés, la syphilis est retardée. Il importe d'étudier ces échecs pour savoir diagnostiquer la syphilis plus ou moins modifiée et pour en tirer les règles du meilleur traitement » (524, 345 avec P. Fernet).

« Le plus souvent on peut accuser des traitements trop tardifs, trop courts, irréguliers et insuffisants, doses trop faibles, doses totales inférieures à 5 grammes de 914, doses trop espacées, cure unique. Parfois, et deux de nos observations en donnent la preuve, il s'agit de syphilis arséno-résistante soit virus devenant arsénorésistant chez la contaminatrice, soit virus déjà arsénorésistant (virus conjugal). »

« Pour réunir les plus grandes chances de succès dans un traitement prophylactique :

« 1° Il faut un traitement arsenical intense à doses fortes allant jusqu'à 0,90 de 914, ou de sulfarsénol (0,015 par kilogramme de malade), espacements courts de 3 à 7 jours, doses totales faites de 6 à 7 grammes si possible (0 gr. 10 par kilogramme de malade), arrêt aussi court que possible de 3 à 4 semaines, deuxième cure arsenicale forte, puis cures de bismuth et de mercure de 6 mois pour consolider. En un mot, nous exigeons un traitement

aussi intense, aussi prolongé que si le chancre existait déjà. Il ne faut plus se contenter de ces traitements arsenicaux trop courts, préconisés au début, de 4 à 6 piqûres de 914 ne dépassant pas 2,50 à 3 grammes de 914.

« 2º Il faut, dès le début, pour éviter les arsénorésistances, associer autant que possible le bismuth à l'arsenic.

« 3º Il faut une surveillance prolongée clinique et sérologique de deux à quatre ans suivant la date du début du traitement, donc aussi longue que si le chancre était apparu : par exemple Bordet-Wassermann mensuel la première année, puis trimestriel la deuxième année; il ne faut plus se contenter d'une surveillance de quelques semaines. Car nos observations prouvent que la syphilis, traitée avant le chancre, peut n'être pas éteinte et être simplement retardée, que l'on peut avoir tous les degrés de ces syphilis primaires retardées : chancre habituel complet, c'est-à-dire avec adénopathie et Bordet-Wassermann positif; chancre petit, mais avec ganglion; chancre sans ganglion; adénopathie sans chancre; séroréaction positive sans chancre ni adénopathie; il faut insister sur l'importance de ces syphilis décapitées.

« 4º Une de nos observations montre qu'il faut pratiquer la réactivation du B.W. avant d'assurer l'avortement de la syphilis; il ne faut pas se contenter de B.W. négatifs, même en série. »

Nous discutons les techniques de traitement : injections d'arsénobenzène, ingestion de 190 de Fourneau, etc., et nous précisions les indications des traitements prophylactiques qui doivent être réservés aux risques certains : — contacts vénériens, — risque d'inoculation extravénérienne, — chancre mou devenant mixte, chancre mou de plus de 15 jours tardant à se cicatriser.

VI. — PROPAGANDE

Les moyens de réalisation ont été l'objet de tous nos soins :

« **Éducation des éducateurs** (483); programme d'ensemble détaillé (447) et Leçons aux hygiénistes.

Modèles de **conférences** faites à des hommes, à des femmes (439) avec deux collections de clichés de projections à la disposition gratuite des propagandistes (Musée pédagogique).

Modèles de **tract** adopté par l'armée et la marine française, etc. (429, 447), de papillons, d'affiches, de notices, etc. (429, 447) qui furent traduits dans toutes les langues alliées et coloniales.

Propagande dans divers milieux : soldats (392, 422), ouvriers, ouvrières

(439), instituteurs et institutrices (471, 472), sportifs (471), prophylaxie populaire (454).

Appels aux médecins (464, 345, 532).

Collaboration au manuel de propagande (504), etc.

Comparaison avec les autres pays (487, 558).

Vœux pour la création de comités locaux (481), d'un office de renseignements (482) heureusement réalisés aujourd'hui, mesures à prendre à l'incorporation (474), etc.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET INTERNE

BACILLO-TUBERCULOSES NON FOLLICULAIRES (131)

Nos travaux faisaient l'étude d'ensemble de cette question s'attachant non seulement aux tuberculoses cutanées (voir page 73), mais aux tuberculoses d'autres tissus : foie, système nerveux, endocarde, articulations, etc.

TUBERCULOSES DU FOIE (36, 52, 116, 131, 136).

Étude d'ensemble des tuberculoses hépatiques : clinique, physiologique, anatomique, histologique et expérimentale. Nous avons insisté sur l'unité des lésions basée sur l'histogénèse et les formes de transitions (36, 52). Nous nous sommes particulièrement attaché à l'étude des lésions non folliculaires hépatiques (131), nous essayions d'une classification fondée sur l'histologie générale et la physiologie pathologique.

— 1° **Hépatites congestives** : formes aiguës des bacillémies et typhobacilloses, formes passagères et chroniques précirrhotiques (131, p. 92).

— 2° **Hépatites dégénératives.** — Nos observations confirmaient la multiplicité et la nature inflammatoire des « dégénérescences » hépatiques des foies tuberculeux; leur importance en clinique : troubles délirants, etc. (116), la fréquence des ictères graves tuberculeux secondaires, et surtout elles individualisaient l'*Ictère grave tuberculeux primitif* cliniquement (116). Elles apportaient des *preuves bactériologiques* de la nature tuberculeuse de ces lésions : constatation directe du bacille de Koch dans un foie gras; inoculation positive de 3 foies gras et d'un foie amyloïde; reproduction du foie gras par l'inoculation de bacilles, comme l'avait déjà fait Péron (131 et 136) : reproduction de lésions amyloïdes ébauchées (136).

— 3° **Hépatites interstitielles** ou *cirrhoses tuberculeuses*. Nous faisions une étude critique (36-52) des cirrhoses tuberculeuses surtout des types Hutinel-Sabourin, etc.

Nos observations complétaient les études *cliniques* de nos devanciers (36 et in *Thèse* de Rouyé) : cirrhoses tuberculeuses, ascitiques, anaseitiques; cirrhoses avec ictère ou « *cirrhoses biliaires tuberculeuses* », cirrhoses mixtes (foies sclérogras), *cirrhoses atrophiques*. Nous insistions sur l'unité du processus cirrhotique tuberculeux, la multiplicité d'aspect est due à l'association de complications péritonéale et pleurale, dégénérescences cellulaires, etc., et nous individualisions la forme si fréquente de *cirrhose tuberculeuse*, avec *syndrome terminal de pleuro-péritonite aiguë ou subaiguë* séreuse (exceptionnellement chyliforme), et *ictère grave secondaire* presque constant (36, 52, 116).

Nous accumulions les autopsies et examens *histologiques* des processus cirrhotiques bacillaires, montrant leur unité et leurs variantes : cirrhose portale insulaire, stellaire, intra-lobulaire, etc. L'atteinte des voies biliaires est secondaire à cette espace-portite (36, 52, 131).

Nous apportions de nouvelles *preuves bactériologiques* (36, 116, 131) : Constatation directe des bacilles dans un cas de cirrhose hypertrophique, dans un cas de cirrhose atrophique. Inoculations positives au cobaye de 2 cas de cirrhose, 1 cas de cirrhose avec ictère, 1 cas de cirrhose avec dilatations polykystiques.

Reproduction expérimentale des cirrhoses tuberculeuses en série (136). Dans ce long mémoire 136, nous relations nos expériences d'après la méthode de Henri Claude (tuberculisation avec injection de lécithine) et d'après une méthode personnelle (tuberculisation et tuberculinisation combinées), nous montrions avec figures à l'appui, l'identité des lésions de l'homme et de l'animal, la multiplicité des cirrhoses expérimentales qui reproduisent toutes les formes humaines, et surtout la forme de sclérose interstitielle avec stéatose, nous faisions l'étude évolutive histologique du processus cirrhotique et de ses diverses variantes et son histogénèse.

TUBERCULOSES DU SYSTÈME NERVEUX (124, 139, 184, 131, 226).

Étude historique analytique et synthétique des bacillo-tuberculoses non folliculaires du névraxe.

Méningites (124). — 1° *Méningites infiltrées diffuses séreuses et congestives non folliculaires.* — Aux faits anciennement connus, nous ajoutons trois observations avec constatation directe du bacille.

2° *Méningites hémorragiques non folliculaires.* — Les rares observations *d'hémorragies méningées tuberculeuses* jusqu'ici signalées (Hutinel, Chantemesse) s'accompagnaient de granulations. Deux observations personnelles avec constatation directe du bacille semblent les premières connues de méningites hémorragiques non folliculaires.

3° *Méningite aiguë diffuse infiltrée et nécrosante non folliculaire :* observation avec constatation de bacilles.

Méningo-encéphalites (139). — Étude critique et classification en série des méningo-encéphalites et encéphalites bacillaires : observation de *méningo-encéphalite aiguë infiltrée dégénérative et nécrosante non folliculaire* démontrée par la *constatation directe des bacilles* (1909, 139).

Myélites (131, 184). — L'étude des faits anciens et de la belle collection des moelles de pottiques des professeurs Raymond et Claude, Alquier, nous a permis de retrouver toute la série des processus méningés et myélitiques, de les sérier, d'en faire la critique et de donner le bilan de leurs preuves (131).

Un cas récent, étudié avec Jean Troisier (183), nous semble démontrer l'existence de *paralysie ascendante* bacillaire (syndrome de Landry); en effet, la moelle prélevée en bloc, enveloppée de sa dure-mère, inoculée aseptiquement au laboratoire, a tuberculisé le cobaye.

Cette observation nous a été l'occasion d'une *étude pathogénique des paralysies tuberculeuses* non pottiques; nous pensons avec Jean Troisier que l'hypothèse de la tuberculinémie n'est pas démontrée, qu'au contraire la preuve d'une action locale des bacilles est faite dans certains cas, car les bacilles ont été constatés sur lame (cas de Dana et Hunt) ou démontrés par l'inoculation (cas d'Oddo et Olmer, cas personnel). *Les bacilles vivants ou détruits par l'action bactériologique des tissus fixent et accumulent leurs toxines sur les neurones*, la dissémination des bacilles et la marche ascendante de la paralysie se faisant à la faveur d'une sensibilisation de la moelle (*anaphylaxie locale*) s'étendant de proche en proche. Cette observation est la preuve *in vivo* de la *fixation et accumulation de poisons tuberculeux sur les neurones*, fixation démontrée *in vitro* par Guillain et Guy Laroche dans une remarquable série d'expériences.

L'étude des *moelles de pottiques* nous amène à l'hypothèse d'une *intoxication locale tuberculinique* pour expliquer les troubles nerveux des pottiques. Sans contester les troubles mécaniques circulatoires provoqués par la compression de la pachyméningite tuberculeuse externe, nous croyons que le facteur primordial est l'action toxique bacillaire : les toxines solubles, comparables à la tuberculine, sécrétées par le foyer osseux ou par la gaine de pachyméningite externe, filtrent à travers la dure-mère et lèsent la moelle (131).

ENDOCARDITE PLASTIQUE NON FOLLICULAIRE. — Deux cas observés avec Landouzy sur des nourrissons ont été démontrés tuberculeux par l'inoculation au cobaye (1908, 125); à propos de ces faits, nous émettions l'hypothèse avec Landouzy que certains cas de *rétrécissement mitral* et de lésions dites congénitales

du cœur ne sont sans doute que des séquelles d'endocardite méconnue de la première enfance, notamment des endocardites bacillaires[1].

ARTHRITES BACILLAIRES « (rhumatisme tuberculeux »). Aux faits expérimentaux annoncés par Arloing et ses élèves, nous ajoutions les résultats des expériences poursuivies sous l'inspiration du professeur L. Landouzy en collaboration avec H. Salin :

— *arthrites séreuses* par inoculations intraveineuses de bacilles homogénéisés (185) par tuberculisation simple (cultures homogénéisées d'Arloing et Courmont) et par injections veineuses de bacilles et tuberculinisation intra-articulaire.

— arthrites séreuses et congestives subaiguës avec épanchement de liquide cliniquement appréciable;

— arthrites fluxionnaires sans épanchement;

— arthrite chronique avec hydarthrose;

Étudiant la pathogénie du « rhumatisme tuberculeux », nos expériences montraient la multiplicité des mécanismes : action locale des bacilles, tuberculinisation locale par sécrétion de bacille juxta-articulaire, « arthrite anaphylactique par décharge toxémique générale agissant sur des articulations prédisposées *sensibilisées* ».

TYPHO-BACILLOSE DE LANDOUZY (113 et 117, 273, 364).

Étude historique, clinique et anatomique; classement des formes cliniques et évolutives d'après les observations anciennes et inédites du professeur Landouzy, et d'après des observations personnelles (publiées in *Thèse* de Granchamp).

Démonstration bactériologique (117). *Preuves négatives.* — Hémocultures et séro-diagnostics de Widal pratiqués en série et restant négatifs. — *Preuves positives* dans deux cas personnels. Dans le premier (service du Dr Troisier), le culot de centrifugation des urines a tuberculisé le cobaye, mettant en évidence, ainsi que l'a montré Jousset, une bacillurie témoin de bacillémie. Dans le deuxième cas (service du professeur Widal), l'inoculation du sang pris dans la veine donna la preuve directe de la bacillémie.

Démonstration par la reproduction expérimentale (113). — Nos expériences confirmant et complétant les travaux de Yersin, de Arloing et de Courmont, réussirent à reproduire les principaux types cliniques observés chez l'homme : « Récemment, Gougerot, disait le professeur Landouzy, a réalisé chez le lapin, d'une façon encore plus complète, le tableau anatomo-clinique et évolutif de

1. Citons un cas de *congestion pulmonaire* non folliculaire avec constatation directe du bacille dans les alvéoles enflammées (131), congestion analogue à celles que Yersin, Arloing et Courmont, et nous-même avons pu reproduire sur le lapin avec des bacilles homogénéisés (113).

la typho-bacillose. Non seulement il a reproduit, comme Yersin, la forme rapidement mortelle, avec exceptionnelles granulations à l'autopsie, mais encore il a réalisé la forme habituelle chez l'homme, évoluant en deux temps : d'abord, phase aiguë typhoïde, qui semble guérir; puis, après rémission plus ou moins longue et plus ou moins complète, aiguë ou chronique, avec ses vulgaires lésions tuberculo-caséeuses. Dans un cas même, Gougerot a vu un de ses lapins inoculés dans la veine auriculaire, présenter une phase aiguë de typho-bacillose, puis guérir définitivement. »

BACILLO-TUBERCULOSE HÉMOLYSANTE

Contribution à l'étude pathogénique des anémies tuberculeuses
(avec Landouzy et Salin, 184, 1910; 274, 1912).

Notre observation donna la preuve en 1910 que certaines anémies des tuberculeux relèvent du mécanisme hémolytique : malade de trente-neuf ans atteint de tuberculose pulmonaire en voie de ramollissement, pâleur subictérique, subictère conjonctival, diminution de la résistance globulaire (H^1 =0,54), 25 p. 100 d'hématies granuleuses, réaction myéloïde intense, 35 p. 100 d'hématies nucléées, absence d'isolysine et d'autolysine; l'anémie était au maximum (= 1 050 000 hématies et hémoglobine = 10 p. 100) l'ictère était au minimum. En même temps que les lésions pulmonaires s'immobilisaient, il guérit de son anémie et de sa fragilité globulaire.

Nous comparions en 1912 (274) notre cas à celui publié en 1911 par Macaigne et Pasteur Vallery Radot d'anémie hémolysinique.

PATHOGÉNIE

Cette étude pathogénique a été poursuivie en collaboration avec le professeur Léon Bernard (105, 106, 131, p. 135). Après avoir fait l'histoire et la critique des théories anciennes, nous adoptions l'hypothèse de l'action locale des bacilles n'admettant la tuberculinémie que pour des cas spéciaux : érythèmes fugaces, poussées congestives. Puis nous discutions la série des facteurs souvent invoqués pour expliquer le déterminisme des lésions non folliculaires : résistance de terrain, spécialisation, atténuation des germes (106), et nous montrions qu'aucun de ces facteurs n'est constant; seul, le mode de dissémination du germe nous paraît éclairer la pathogénie des réactions tuberculeuses; la follicule tuberculeuse nous semble une réaction de moyenne intensité (Thèse, p. 208), les réactions non folliculaires sont des réactions à des actions ou trop fortes ou trop faibles; c'est l'intensité d'action toxique du bacille qui commande la réaction du tissu.

CONCEPTION GÉNÉRALE DE LA TUBERCULOSE

Un chapitre d'anatomie pathologique générale (Thèse, p. 176) passait en revue les divers processus généraux non folliculaires dus aux bacilles de Koch, montrant que le germe tuberculeux peut réaliser presque toutes, sinon toutes les réactions inflammatoires, depuis les modes les plus aigus jusqu'aux formes chroniques.

Le polymorphisme des réactions bacillaires nous amenait à soutenir l'absence de spécificité anatomique des lésions tuberculeuses. L'étude des mycoses nous prouvait en outre que le follicule tuberculeux n'est pas spécifique de tuberculose, et nous concluions : « Le follicule ne peut rester le critérium de la nature bacillaire d'une lésion : 1° parce qu'il est des lésions bacillaires sans follicules; 2° parce qu'il est des follicules sans bacillose. » Est-il besoin de rappeler l'importance pratique, pronostique, thérapeutique de ces données? La croyance au dogme de la spécificité du follicule tuberculeux a été la cause de graves erreurs de diagnostic et de traitement : syphilis prises pour des tuberculoses (Nicolas), sporotrichoses méconnues. Inversement, on risque de méconnaître une tuberculose larvée non folliculaire et de faire des fautes thérapeutiques et surtout prophylactiques. En un mot, l'histologie ne peut donner qu'une présomption, les méthodes bactériologiques seules démontrent la nature bacillaire d'une lésion.

PLEURÉSIES PURIFORMES ASEPTIQUES

INTÉGRITÉ DES POLYNUCLÉAIRES DE L'ÉPANCHEMENT. BÉNIGNITÉ DU PRONOSTIC (37, 70, 315). (Cette étude a été faite en collaboration avec M. le professeur Widal.)

Aux liquides purulents microbiens à polynucléaires altérés, on peut, avec Widal, opposer les liquides louches amicrobiens à polynucléaires intacts ou épanchements puriformes. « Le pus aseptique ne comporte pas le pronostic sévère du pus microbien, il est donc utile de savoir les distinguer l'un de l'autre », et Widal a insisté sur l'importance pronostique de ce diagnostic avec MM. Lemierre, Boidin, Philibert dans les états méningés et avec nous dans les épanchements pleuraux.

Ces épanchements pleuraux ont été d'abord observés au cours de pneumonies graves. Les signes pleuraux sont plus ou moins frustes. A ce moment, la

ponction exploratrice, qui ramène un liquide d'aspect purulent ajoute aux craintes que suggérait l'état général profondément atteint du malade. Or, malgré la gravité de l'état général, on peut prédire que l'épanchement puriforme du pneumonique se résorbera spontanément. C'est donc dire tout l'intérêt du diagnostic d'épanchement puriforme ; ce diagnostic est facile et rapide, il suffit d'un simple cyto-diagnostic; on reconnaît l'asepsie du liquide à l'intégrité des polynucléaires : contours protoplasmiques parfaitement nets et arrondis, « coupés à l'emporte-pièce », noyau délicatement lobé, protoplasma homogène; en quelques minutes cet examen est fait, et il n'est pas besoin d'attendre les réponses négatives des cultures et des inoculations.

Ces épanchements puriformes ont été ensuite observés chez des cardiaques atteints d'infarctus pleuraux. On aurait pu suspecter chez eux une pleurésie purulente microbienne torpide, une pleurésie tuberculeuse; la constatation des polynucléaires intacts vint assurer un pronostic bénin que justifia une guérison rapide.

Avec le professeur Widal, nous avons cherché à approfondir la pathogénie de ces épanchements : ils sont dus à une fluxion blanche sous-pleurale qui accompagne la fluxion rouge des inflammations et des raptus congestifs des infarctus. Mais alors que les globules rouges ne passent pas à travers la séreuse, sauf effraction des capillaires, les leucocytes mobiles transsudent à travers les endothéliums et tombent dans la sérosité pleurale qu'ils louchissent. Dans ce milieu isotonique et aseptique, le polynucléaire reste intact, car il n'a pas à subir la lutte contre les microbes.

Il est donc facile d'opposer ces épanchements puriformes, aseptiques, à polynucléaires intacts, bénins, aux épanchements purulents septiques à polynucléaires avariés et graves. Parfois même cette opposition s'observe sur un même malade et c'est ainsi que sur un malade atteint d'appendicite anormale et suivi avec le professeur Widal, l'aiguille enfoncée au niveau du thorax retirait d'abord un liquide puriforme pleural, puis enfoncé plus profondément, un liquide purulent d'abcès sous-phrénique très riche en microbes. L'épanchement pleural aseptique qui était dû à une irritation de contiguïté, guérit en quelques jours ainsi que le démontra l'opération; au contraire, l'abcès sous-phrénique microbien emporta le malade malgré l'opération.

Avec le professeur Pierre Marie, nous avons publié l'observation détaillée d'un malade atteint de ramollissement cérébral avec épanchement méningé puriforme aseptique à polynucléaires intacts (1913, 315).

NOTE SUR L'ÉVOLUTION DES RÉACTIONS CELLULAIRES DANS LES ÉPANCHEMENTS SÉROFIBRINEUX A PROPOS D'UN CAS DE PLEURÉSIE TYPHOIDIQUE (42).

Les ponctions en série de cette pleurésie éberthienne ont permis de suivre pas à pas sur le même malade l'évolution cytologique et d'en surprendre tous les stades que d'ordinaire on n'observe qu'incomplètement : macrophagie et polynucléose, polynucléose et mononucléose, lymphocytose, lymphocytose et éosinophilie de guérison. Cette observation donne donc la démonstration du cycle cellulaire prévu par le professeur Achard et par Dominici. Elle a permis la comparaison des formules cytologiques sanguines et pleurales et du pouvoir agglutinatif de la sérosité pleurale et du sérum sanguin, plus intense dans la sérosité pleurale à la période de polynucléose que dans le sang et son parallélisme avec la polynucléose, car sa chute au-dessous de celui du sang coïncida avec la disparition des polynucléaires dans l'épanchement.

SYNDROMES PLURIGLANDULAIRES INTERNES

CONCEPTION GÉNÉRALE ET SYNDROME THYROIDO-TESTICULO-SURRÉNAL

Cette étude a été faite en collaboration avec le professeur Claude (95, 99, 120, 128 et 244, 234, 283, 563, 565.) — « Sous le nom d'insuffisance pluriglandulaire interne (endocrinienne), il faut comprendre tous les syndromes cliniques dus à l'insuffisance associée de plusieurs glandes à sécrétion interne : thyroïde, testicules, surrénales, hypophyse, etc.

« Jusqu'ici on n'avait décrit que des syndromes d'insuffisance d'une glande à sécrétion interne déterminée : myxœdème par hypothyroïdie, maladie d'Addison par hypoépinéphrie chronique avec atteinte du plexus solaire, syndromes d'hypoépinéphrie aiguë, acromégalie par dyshypophysie, etc. Des observations nouvelles nous semblent prouver que plusieurs glandes à sécrétion interne peuvent être frappées simultanément ou successivement par une même cause ou par des causes différentes chez un même individu. De l'association de ces diverses insuffisances résulte chez un malade un syndrome complexe d'insuffisance pluriglandulaire où l'on retrouve mêlés les signes, plus ou moins

évidents, individualisés dans les cas schématiques d'insuffisance de chacune de ces glandes.

« Les associations étant multiples et à des degrés divers, on conçoit qu'il n'y ait pas un syndrome d'insuffisance pluriglandulaire, mais toute une série de syndromes d'insuffisance pluriglandulaire variables suivant le nombre de glandes atteintes, suivant le degré de la lésion de chacune d'elles.


Insuffisance pluriglandulaire interne. Syndrome thyroïdo testiculo-surrénal.

« Cette conception a été exposée pour la première fois dans notre note à la Société de biologie de décembre 1907 (en collaboration avec le professeur Claude) à propos d'une observation où ce syndrome était de toute évidence : insuffisance thyroïdienne, testiculaire et surrénale (95).

« Elle a été developpée dans deux mémoires parus dans le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, mai 1908 (99) (tous deux en collaboration avec le Professeur Claude). Le premier détaillait l'histoire clinique de ce syndrome, et insistait sur la multiplicité des syndromes pluriglandulaires, les classait et énumérait les facteurs de variabilité. Le second résumait l'étude anatomique et histologique, montrait la multiplicité des atteintes glandulaires. Il fixait la pathogénie de ces syndromes; faiblesse acquise ou congénitale du système endocrinien; il précisait l'étiologie infectieuse de ces lésions : tuberculose dans notre cas, syphilis dans d'autres.

« Déjà plusieurs auteurs : Achard et Demanche, 1906; Gandy, 1906; Brissaud et Bauer, 1907; avaient signalé quelques cas cliniquement semblables, mais ces auteurs les avaient interprétés dans un sens différent; ils plaçaient au premier plan l'insuffisance d'une des glandes, le plus souvent la thyroïde, et mettaient sous sa dépendance l'insuffisance des autres glandes. Si les faits ne

sont pas nouveaux, la conception de l'insuffisance pluriglandulaire endocrinienne est donc nouvelle »; il nous a fallu par conséquent, avec le professeur Claude, dans un troisième mémoire (120), justifier la conception de l'insuffisance pluriglandulaire, discuter les théories que cette conception veut remplacer, préciser ce qu'on doit entendre par myxœdème, états hypothyroïdiens sans myxœdème, infantilisme, en conservant à chaque mot son sens primitif. »

Ces études ont été confirmées de tous points par l'observation *clinique* et *anatomique* d'un malade (en collaboration avec Brissaud et Gy); ce malade semblait calqué sur le premier; il avait, lui aussi, une insuffisance thyroïdienne, testiculaire et surrénale (128), et l'évolution puis l'examen histologique complet (244) confirmèrent.

Ce syndrome thyroïdo-testiculo-surrénal n'est qu'un cas parmi le vaste groupe des insuffisances pluriglandulaires, et dès nos premiers mémoires nous en citions des exemples pris parmi les observations anciennes; nous signalions encore, avec M. Claude, l'existence de syndrome pluriglandulaire complexe, mélange d'insuffisance, d'hyperfonctionnement et dysfonctionnement glandulaires; sur la même malade, on notait, en effet, du myxœdème et du goitre exophtalmique, de l'hypoovarie et peut-être des troubles surrénaux (99).

En 1912 (283) avec M. Claude nous mettions au point cette question : définitions, historique, discussions, observations nouvelles, nécessité de la critique des observations.

Cette conception des syndromes pluriglandulaires confirmée par de nombreux travaux éclaire des faits restés obscurs; elle permet d'ouvrir un nouveau chapitre déjà riche de faits dans la pathologie des glandes vasculaires internes; et en pratique elle commande l'opothérapie pluriglandulaire dont Renon a montré l'intérêt.

SYNDROME DE MICKULICZ avec hypoovarie, hypothyroïdie, hypoépinéphrie [1] **(1911, 234).**

HYPOÉPINÉPHRIE ET DYSINSULISME (1925, 565).

Avec Peyre nous avons individualisé ce nouveau syndrome pluriglandulaire, où s'associent en s'opposant : — une insuffisance surrénale : asthénie chronique, hypotension, pigmentations cutanées, — et un hyperfonctionnement du pancréas réalisant spontanément le syndrome que provoque l'injection d'une dose forte d'insuline (vertiges avant les repas, sensation de faim, hypoglycémie).

L'évolution et l'épreuve thérapeutique confirmaient : amélioration ou

1. Dans ce travail nous citons un cas de discussion : Maladie de Dercum avec taches pigmentaires buccales et hypertension artérielle chez un tuberculeux, 1911-234.

guérison au moins momentanée, par l'opothérapie surrénale (avec hypophyse) et ingestion de sucre.

Nous détaillons quatre observations, dont deux familiales comportent plusieurs malades; montrant la transmission héréditaire des tares glandulaires, la fragilité glandulaire chez ces malades.

Nous discutions la pathogénie, la synergie antagoniste du pancréas et des surrénales.

Nous soulignions la fréquence de la *syphilis* à l'origine de ces troubles pancréatico-surrénaux et l'action heureuse du traitement antisyphilitique mais incomplète, car il reste des lésions glandulaires.

INSUFFISANCE PROGRESSIVE ET ATROPHIE DES GLANDES SALIVAIRES ET MUQUEUSES DE LA BOUCHE, DES CONJONCTIVES (et parfois des muqueuses nasale, laryngée, vulvaire) : « **SÉCHERESSE DE LA BOUCHE, DES CONJONCTIVES, ETC.** » (1925, 563).

Depuis 1911, nous avons suivi trois malades atteints d'un syndrome rare peu connu, à peine signalé par de brèves présentations et nous croyons en avoir fait la première étude d'ensemble avec observations détaillées longuement suivies.

Ce syndrome, d'origine inconnue, frappe électivement les glandes salivaires, et les glandes muqueuses ectodermiques.

L'évolution paraît progressive, incurable, avec cependant des améliorations.

Nous discutions l'étiologie, la pathogénie (avitaminoses, etc.)

Nous faisions une minutieuse comparaison avec le syndrome de Mickulicz qui peut être associé, mais qui est distinct : car, dans le syndrome de Mickulicz les tuméfactions glandulaires sont le premier symptôme et prédominent, la sécheresse des muqueuses est inconstante, tardive, rare; au contraire dans le syndrome d'insuffisance progressive, les tuméfactions glandulaires sont rares, inconstantes, tardives, la sécheresse des muqueuses est le premier signe et le signe prédominant. Le syndrome de Mickulicz et ce syndrome se rangent dans le même chapitre de pathologie en s'opposant parfois et en se succédant.

DIVERS

FORMES MÉDIASTINALES DES TUMEURS DE L'ŒSOPHAGE (1905, 12). — Les deux cas étaient cliniquement semblables et anatomiquement caractérisés par des tumeurs polypoïdes, mais histologiquement ils étaient

différents, l'un était un épithélioma pavimenteux, lobulé, à tumeurs multiples, pédiculées; l'autre était un lymphosarcome à myéloplaxes, primitif des ganglions médiastinaux, secondaire de l'œsophage, à foyer double sous-muqueux, le supérieur envahissant, l'inférieur peu envahissant, polypoïde.

Tous deux envahissaient le médiastin plutôt qu'ils ne rétrécissaient l'œsophage et se traduisaient par un *syndrome médiastinal avec peu ou pas de dysphagie*; dans les deux cas, les symptômes les plus apparents étaient la dyspnée continue ou paroxystique avec tirage et cornage, toux, expectoration, si bien que le deuxième malade avait été pris pour un « poitrinaire ».

PÉRITONITES AIGUËS DES BRIGHTIQUES (23-1906).

Nos observations montraient qu'il peut exister chez les brightiques des péritonites, — les unes *infectieuses (infection secondaire froide latente pneumococcique, streptococcique, etc.)*, — les autres *amicrobiennes toxiques*. « Elles restent isolées ou s'associent à d'autres localisations séreuses constituant des *polysérites brightiques*. »

La comparaison s'imposait avec les péricardites brightiques; elles ont la même allure clinique insidieuse, latente ou pauvre en symptômes, les mêmes lésions, la même évolution et même valeur pronostique : « ce sont des phases aiguës à la fin d'une maladie chronique; toutes deux sont terminales annonçant la mort à brève échéance. »

OUVRAGES DIDACTIQUES

Les sporotrichoses (en collaboration avec de Beurmann), 825 pages, 181 figures et 8 planches, 1912, (250), Alcan éditeur.

Les nouvelles mycoses : *Encyclopédie Léauté* (187, 1910) (en collaboration de Beurmann), 1910.

Bacillotuberculoses non folliculaires (1908, 131), (Alcan éditeur).

Traitement de la syphilis 4e édition (345), Maloine éditeur.

Dermatologie 4e édition (384), Maloine éditeur.

Collaboration aux :

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert, Thoinot et Carnot : article *Mycoses* (en collaboration avec de Beurmann), fasc. 4 et 2e tirage, 1910 (179).

Pratique médico-chirurgicale de Brissaud, Pinard, Reclus, 1906 et 1910.

Articles : *Teignes* (41), *Leucoplasie* (39), *Tuberculoses cutanées, Lupus, Lupus érythémateux, Tuberculides* (en collaboration avec M. Sée) (40).

Articles (2ᵉ édition) : *Mycoses* (192), *Blastomycoses* (193), *Caratés* (194), *Hémisporose* (195), *Mucormycoses* (196), *Oïdiomycoses* (197), *Oosporoses* (198), *Piedra ou Trichospories* (199), *Sporoagglutination* (201), *Tokelau* (200).

Articles (2ᵉ édition 1910) notions d'histologie pathologique : *Atrophie proliférative et métaplasie* (203), *Cellule géante, cellule épithélioïde, follicule tuberculoïde* (204), *Macrophage* (205), *Plasmazelle* (206).

Article : *Syndromes pluriglandulaires* (202).

Supplément à la 2ᵉ édition 1913 : *Mycoses* (327), Sporotrichoses (328), Blastomycoses (329), Pied de Madura (330), chancre mou (331), chancre mixte (331), Pyodermites froides tuberculoïdes (333), Lèpre (334).

Handbuch der pathogenen Microorganismen, de Kolle et Wassermann, 2ᵉ édition 1912 : *Sporotrichosis, die pathogenen Sporotrichen* (251).

Anatomie et Physiologie médicales de Landouzy-Léon Bernard, Tissus hématopoiétiques (304). **Tissus mésodermiques différenciés** (305) (chapitre nouveau résumant les travaux modernes, surtout ceux de Dominici sur l'histo physiologie normale et pathologique et l'unité de structure, 1ʳᵉ édition 1913, 2ᵉ édition 1921.

Traité de Thérapeutique d'A. Robin, Traitements des actinomycoses (308).

Nouveau Traité de médecine des Professeurs Roger, Widal et Teissier. Syphilis cérébrale, t. XIX, p. 581 à 623 5 figures (568).

Cours supérieur d'Hygiène du Pʳ Léon Bernard et Debré : prophylaxie des maladies vénériennes (556).

REVUES SCIENTIFIQUES

Collaboration aux journaux français et étrangers.

Directeur des numéros spécialisés dermatosyphiligraphiques de la « Médecine » de la *Revue Pratique des maladies des Pays chauds.*

Membre du Comité de Rédaction ou de Patronage des *Annales des Maladies vénériennes.*
Revue française de Dermatologie et Vénéréologie.
Journal des Praticiens.
Gazettes médicales.
Archivos medicos franco-hispano-americanos
Bruxelles Médical, etc.

TABLE DES MATIÈRES

SYPHILIS

COULOMMIERS
IMPRIMERIE
PAUL BRODARD
10569-5-28.